

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**  
**ELIZABETH HARTOG**

**AS RELAÇÕES DE TRABALHO ENTRE MÉDICOS E ENFERMEIRAS**  
**NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:**  
**UMA ANÁLISE DE GÊNERO**

**CURITIBA**  
**2008**

**ELIZABETH HARTOG**

**AS RELAÇÕES DE TRABALHO ENTRE MÉDICOS E ENFERMEIRAS  
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:  
UMA ANÁLISE DE GÊNERO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Sociologia.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra. Marlene Tamanini

**CURITIBA**

**2008**

Hartog, Elizabeth.

As relações de trabalho entre médicos e enfermeiras na Estratégia de Saúde da Família: uma análise de gênero/Elizabeth Hartog. – Curitiba: UFPR: Departamento de Ciências Sociais, 2008.

178 f.

Orientadora: Marlene Tamanini.

Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná.

1. Estratégia de saúde da família. 2. Equipe interdisciplinar. 3. Cuidado.  
4. Relações de gênero e poder.

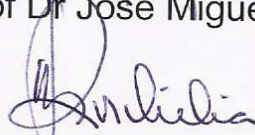


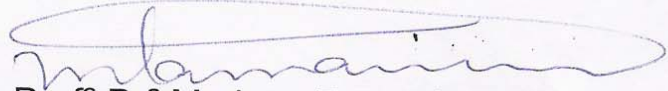
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA  
Rua General Carneiro, 460 - 9º andar-sala 906 Fone e Fax: 3360-5173

## PARECER

A banca examinadora, instituída pelo colegiado do Programa de Pós-Graduação em Sociologia, do Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, da Universidade Federal do Paraná, após argüir o(a) candidato(a) **ELIZABETH HARTOG**, em relação ao seu trabalho de dissertação intitulado "AS RELAÇÕES DE TRABALHO ENTRE MÉDICOS E ENFERMEIRAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ANÁLISE DE GÊNERO", é de parecer favorável à ..... Aprovação ..... do(a) acadêmico(a), habilitando-o(a) ao título de *Mestre* em Sociologia, linha de pesquisa "Cultura e Sociabilidades" da área de concentração em CULTURA E PODER. Curitiba, 19 de setembro de 2008.

  
Prof Dr José Miguel Rasia

  
Profª Drª Roseli Boschilia

  
Profª Drª Marlene Tamanini  
Orientadora e presidente da banca examinadora

Dedico este trabalho a todos os meus alunos ...  
Por me presentarem com sua curiosidade e alegria,  
por darem sentido a minha vida profissional.  
Motivação sempre presente em todos os meus esforços acadêmicos!

## AGRADECIMENTOS

Ao meu eterno príncipe encantado Pablo, cuja presença trouxe amor a minha vida, além de tolerar minhas ausências, pelo incentivo, tranquilidade e colaboração para concluir meu trabalho e chegar ao fim desta jornada.

Aos meus bebês Daniel e Isabella que pacientemente percorreram esse caminho comigo, pelo apoio incondicional, através dos quais Deus me abençoa diariamente.

Aos meus pais que me apresentaram o *mundo dos livros*, ainda quando mal sabia falar e principalmente pela minha infância e adolescência cheia de calor e alegrias que me ajudaram a construir a pessoa que me tornei na fase adulta.

À minha irmã Sandra que sempre colocou luz nesse caminho tão difícil de ser trilhado.

Aos meus irmãos e cunhada que compreenderam a divisão meio tumultuada de tempo e atenção entre meus próprios estudos e a convivência familiar.

Às minhas amadas amigas Lulus que suportaram as minhas desatenções durante esse tempo que me dediquei a este estudo, ressaltando que esta dedicação atingiu aqueles que mais amo.

Não poderia deixar de ressaltar e agradecer a ajuda da minha amiga Fabiana e seu adorável bem (Gunther) por conseguirmos finalizar esta dissertação no apagar das luzes, com o resumo em inglês.

Às minhas amigas Maria Goretti, Christiane, Maristela, Irene, Nylcea, Denise, Fátima, Elizabeth e Consuelo pelos momentos mágicos que me trouxeram saúde e alegria para seguir em frente mesmo quando tudo parecia desmoronar a minha frente.

Meu especial agradecimento ao Cláudio Lima e toda a sua equipe por cuidarem de mim com tanto carinho ao longo dessa trajetória .

A elaboração de uma dissertação de mestrado é o resultado de um trabalho coletivo embora sua redação, responsabilidade e estresse sejam predominantemente individuais. Agradeço a todas as pessoas que contribuíram para que eu chegasse onde estou.

De modo muito especial, agradeço a todos os entrevistados que acreditaram neste trabalho, pela confiança em me abrirem suas vidas e concederem a possibilidade de “entrar” em seus universos.

À Profª Dra. Marlene Tamanini meu agradecimento por seu compromisso na tarefa tão difícil de me orientar nessa caminhada, seu apoio, compromisso e competência, com suas opiniões e sugestões, sobretudo, por sua visão crítica, da qual espero ter aprendido alguma coisa.

À Profª Dra. Roseli Boschilia pela disponibilidade em integrar a banca e valiosa contribuição que permitiu um novo olhar sobre o conteúdo do meu estudo.

Ao Prof. Dr. José Miguel Rasia por instigar meus conhecimentos iniciais na sociologia e pela colaboração final ao me dar a honra de sua presença na banca.

À Profª Dra. Monica Ribeiro da Silva agradeço com especial apreço pela inspiração como mestre e mentora durante a caminhada na UFPR no curso de Pedagogia e depois na vida profissional quando me mostrou alguns dos caminhos que me trouxeram ao Mestrado nesta Universidade.

Ao Prof. Dr. Nelson Dacio Tomazi por compartilhar de sua inteligência e cultura, a quem serei eternamente grata, não só pelas sugestões e o estímulo, mas, sobretudo por ter aberto as portas da academia.

Ao Prof. Dr. Ângelo José da Silva e Profª Dra. Ana Luisa Fayet Sallas por me mostrarem com a sua alegria que é possível tornar-se um profissional sério e comprometido e um grande pesquisador sem perder a riqueza e energia na vida fora da academia.

A Kathia Straube e Darli Sampaio pelo apoio nos momentos em que o mundo parecia esvaír-se no tumultuado cotidiano acadêmico.

Aos colegas de turma pela alegria e as boas risadas que juntos compartilhamos, pelo convívio e pela troca de experiências, idéias e utopias. Da mesma forma à Daniela e Michele pelas parcerias inesquecíveis no período do cumprimento das disciplinas.

A Sueli funcionária da Pós-Graduação por sua incansável dedicação, cuidado e atenção.

A todos os meus amigos da Tuiuti, especialmente ao meu "anjo da guarda" que torcem por minhas pequenas conquistas e pelo apoio fundamental em todos os momentos que se fizeram necessário.

"A liberdade nem sempre está na evidência de uma muralha a ser derrubada, de um direito a ser conquistado.

Não está necessariamente na violência de um enfrentamento e na exaltação que ele suscita. Ela está também, uma vez derrubadas as prisões e dissolvidas as autoridades, numa exigência interior, no ideal de uma invenção da própria vida, numa atenção ativa, aguda, participante em todos os seus episódios, numa vigilância que nos leva a recusar os compromissos, os papéis de figuração em imagens de felicidade pré-construídas.

A liberdade continua sendo, no entanto um desafio essencial, a merecer todos os nossos cuidados. Se o esquecemos ou desdenhamos, ainda nos arriscamos a morrer, de outro modo, não nos transes de uma impossível façanha, mas sem brilho, amordaçados pelo conformismo e o tédio, embrutecidos pelas preocupações, sobrecarregados de tarefas, entorpecidos por falatórios telefônicos, alucinados por um mundo que nos escapa, dia após dia.  
Anestesiados."

(Chantal Thomas, 1999 – Liberdade: somos dignos de ser livres?)



## RESUMO

Esta dissertação é um estudo sociológico sobre as relações de trabalho de médicos e enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que desenvolve o atendimento em saúde da população baseada nos princípios previstos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A ESF tem em vista a promoção e o reordenamento do atendimento da atenção em saúde junto à família através da vigilância à saúde e do trabalho em equipe. Este estudo tem como objetivo compreender os significados atribuídos aos conteúdos das tarefas e a divisão sexual do trabalho, inserida em dinâmicas de gênero e de poder no trabalho de médicos (homens) e enfermeiras (mulheres) que atuam na ESF, no que se refere à proposta de interdisciplinaridade sobre as práticas do cuidado no meio familiar. Nessa perspectiva busca identificar como se constrói as relações de gênero e se elas são capazes de demarcarem diferentes práticas e concepções em relação à generificação do conteúdo das tarefas, e, sobretudo a categoria cuidado entre profissionais médicos e enfermeiras, no que se refere ao exercício das funções previstas pela ESF; analisar as concepções sobre o conteúdo do trabalho que a ESF precisa desenvolver no fazer profissional e como ocorre a flexibilização e a hierarquização das atividades no cotidiano da equipe de saúde, para conhecer que tipo de práticas elas expressam no que tange à divisão sexual do trabalho; compreender como se constitui historicamente e no cotidiano o conteúdo das ações de médicos e enfermeiras, e se as concepções sobre o cuidado e o conteúdo dessas ações são demarcadas por alguma ordem simbólica associada a relações desiguais de poder, gerando dificuldades à própria proposta da interdisciplinaridade. Para tanto, desenvolve-se e articula-se à metodologia dessa dissertação algumas hipóteses de trabalho que partem do pressuposto que o poder faz parte de uma gama de relações organizadas e hierarquizadas, é possível então, perceber que embutido no discurso de interdisciplinaridade pode existir uma relação de poder e subordinação pautadas por relações assimétricas de gênero. A segunda hipótese problematiza se o significado do trabalho da enfermeira faz parte de uma realidade de gênero que se constitui a partir do entendimento de que ser mulher significa estar pronta para o ato de "cuidar", ao contrário do que se espera do médico cuja tarefa se vincula ao conhecimento. A terceira hipótese é a de que apesar de alguns contextos e exigências de trabalho terem se modificado, não significa que não continuem a existir relações de poder, desigualdades e concepções naturalizadas sobre o trabalho de médicos e enfermeiras que se expressariam dificultando a própria prática interdisciplinar no contexto deste estudo. A própria organização das atividades na ESF pode ser o ponto neurálgico dessa relação quando referida a divisão social e sexual do trabalho; e nesse caso, ao invés de estar modificando a clássica hierarquia em termos de cuidar/saber e fazer, estaria convivendo com práticas carregadas de muitas ambigüidades. A metodologia baseou-se em uma pesquisa de campo de natureza qualitativa a partir das entrevistas com 10 profissionais da ESF na cidade de Curitiba e sua Região Metropolitana no período de janeiro a março de 2008. Este estudo é relevante no sentido de despertar a reflexão sobre o processo de trabalho em saúde na perspectiva do cuidado e das práticas e concepções que estão sedimentando a ESF, colocando à disposição da sociologia resultados desta análise no sentido do aprofundamento das questões relacionadas a gênero.

Palavras-chave: estratégia de saúde da família; equipe interdisciplinar; cuidado; relações de gênero e poder.

## ABSTRACT

This work is a sociological study on the relations of work of doctors and nurses that works in the Family Health Strategy (FHS) that operates the population's health care based on the principles foreseen for Brazil's Unified Health System (SUS). FHS aims to promote and rearrange the health care operation for the families through health monitoring and team work. This study has the objective to understand the meanings attributed to the contents of the tasks and the sexual division of work, within gender and power dynamics in the work of doctors (men) and nurses (women) that perform in the FHS, as for the proposal of interdisciplinarity on the practices of the care in the familiar environment. To achieve this it intends to identify how gender relations between medical professionals (men) and nurses (women) are built over the meanings attributed to the contents of the tasks foreseen for the FHS. To determine if these relations demarcate hierarchizing and different practices among these professionals as for the performing of their functions and the production of knowledge. To understand how this constitutes both historically and in daily basis the subject matter of the actions of doctors and nurses within the FHS and the concepts on care, and if they are demarcated by some symbolic order related to gender that weakness the possibility of a interdisciplinary work. To analyze how the the activities are made flexible and hierarchized in daily basis of a health team, to know what kind of practices these activities express concerning the sexual division of work. To achieve this it is developed and articulated in the methodology of this work some hypotheses based on purpose that the power is part of a range of organized and hierarchized relations, it is possible then, to perceive that inlaid in the interdisciplinary discourse can exist a relation of power and subordination marked by anti-symmetrical relations of gender. The second hypothesis problematizes if the meaning of the nurse's work is part of a gender oriented reality that builds from the understanding that being a woman means one is ready for the act of "take care", in contrast of what one expects from the doctor whose task ties with knowledge. The third hypothesis is that although some contexts and requirements of work have been modified, this does not mean that the relations of power, inequalities and naturalized conceptions on the doctors' and nurses' work do not continue to exist and actuate making it difficult interdisciplinary practice in the context of this study. The very organization of the activities in the FHS can be the neuralgic point of this relation when related to the social and sexual division of the work; and in this case, instead of modify the classic hierarchy in terms of take care, to have the knowledge and to make, it would be coexisting with practices that carry many ambiguities. The methodology was based on a qualitative nature field research consisting in interviews with 10 professionals of the FHS in the city of Curitiba and its Metropolitan Area in the period of January to March, 2008. This study is relevant to awake the reflection about the process of work in health care in the perspective of taking care and the practices and concepts that are sedimenting the FHS, placing at the disposal of Sociology the results of this analysis leading to the deepening of gender related questions.

Key words: family health strategy, interdisciplinary team, care, relations of gender and power.

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - INDICADORES DE GESTÃO DO TRABALHO – OCUPAÇÕES INSERIDAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	33
TABELA 2 - COMPARATIVO ENTRE NÚMERO DE MÉDICOS HOMENS E MULHERES NO PARANÁ.....	34
TABELA 3 - COMPARATIVO ENTRE NÚMERO DE ENFERMEIROS HOMENS E MULHERES EM CURITIBA E REGIÃO METROPOLITANA. ....	34
TABELA 4 - IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS.....	37

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>1. O ARTESANATO INTELECTUAL COMO POSSIBILIDADE DA PESQUISA SOCIOLÓGICA</b> .....	28
1.1 CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA.....	28
1.2 OBJETO E O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA.....	30
1.3 O CAMPO.....	31
1.3.1 O cenário.....	34
1.3.2 Os sujeitos da pesquisa.....	37
1.3.3 As entrevistas.....	38
<b>2. DA ASSISTÊNCIA MÉDICA CURATIVA À SAÚDE COMO DIREITO DE TODOS GARANTIDA PELO ESTADO</b> .....	43
2.1. RESGATE HISTÓRICO SOBRE A CONSTRUÇÃO DO SUS.....	43
2.2. A SAÚDE DA FAMÍLIA.....	55
2.2.1 A trajetória de construção do PSF.....	55
2.2.2 Princípios da Saúde da Família.....	56
2.2.3. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família.....	63
2.3. A FAMÍLIA E O PAPEL DA MULHER.....	73
<b>3. A CONSTRUÇÃO DO CAMPO ANALÍTICO NA RELAÇÃO COM O CUIDADO</b> .....	81
3.1 A DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO E O CONCEITO DE CUIDADO.....	81
3.1.1 Gênero.....	81
3.1.2 A divisão sexual do trabalho.....	91
3.1.3 O Cuidado.....	100
<b>4. TRAJETÓRIAS PROFISSIONAIS-AMBIGUIDADES DA PRÁTICA</b> .....	107
4.1 Escolhas e percepções.....	108
4.2 Os conteúdos das tarefas no cotidiano.....	118
4.3 O cuidado que desafia.....	127
4.4 A flexibilização e a hierarquização no cotidiano da equipe de saúde.....	129
4.5 O trabalho em equipe.....	135
4.6 Médicos e enfermeiras na ESF: concepções sobre o cuidado e o conteúdo das ações no cotidiano.....	142
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	150
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	161
<b>APÊNDICES...</b> .....	172
<b>ANEXOS</b> .....	175

## INTRODUÇÃO

O foco deste estudo sociológico é o trabalho de médicos e enfermeiras na Estratégia de Saúde da Família (ESF)<sup>1</sup> analisado pela perspectiva de gênero, que contempla a divisão sexual do trabalho, mas que também a ultrapassa na medida em que gênero é mais amplo em sua possibilidade analítica englobando também as dinâmicas culturais. Esta dissertação está inserida na Pós-Graduação em Sociologia, linha de Cultura e Sociabilidades, gênero, trabalho, reprodução e família, que integra a linha de pesquisa da professora orientadora, constante no grupo de pesquisa Estudos de gênero. Tem como objetivo compreender os significados atribuídos aos conteúdos das tarefas e a divisão sexual do trabalho, inserida em dinâmicas de gênero e de poder no trabalho de médicos (homens) e enfermeiras (mulheres) que atuam na ESF, no que se refere à proposta de interdisciplinaridade sobre as práticas do cuidado no meio familiar. Questão que, embora se apresente nesse trabalho inicialmente de modo tão dicotomicamente recortado, se justifica pela inserção histórica de ambos os campos disciplinares, marcada a enfermagem majoritariamente pela presença de mulheres, assim como a medicina entendida majoritariamente por ser a ciência dos homens, com enormes barreiras à entrada das mulheres, sendo que essa realidade ainda persiste em várias especialidades no campo da medicina.

Entre áreas disciplinares é comum observar-se concepções valorativas desiguais e a relação entre medicina e enfermagem é o modelo clássico desta disposição. Este fato também se revela no interior da própria medicina, se forem comparadas as inserções de homens e mulheres em pediatria e neurologia, ou ortopedia e ginecologia, espaços marcadamente masculinos, com áreas como a embriologia, preponderantemente feminina.

Para entender a ESF no cenário nacional é necessário saber que o Ministério da Saúde (MS)<sup>2</sup> vem realizando inúmeras ações, tendo em vista garantir o melhor atendimento à saúde da população. No site do MS podem ser identificados alguns dos principais programas que visam garantir ações de promoção da saúde e de qualidade de vida de seus usuários, tais como: Brasil Sorridente; Doe vida. Doe Órgãos; SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; Farmácia Popular; Programa Nacional de Combate à Dengue e a Estratégia de Saúde da Família. Concebida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Lei Orgânica de

---

<sup>1</sup> Utilizaremos a sigla (ESF) ao nos referir a Estratégia de Saúde da Família, representando uma intervenção do Sistema Único de Saúde (conjunto de ações e serviços de saúde) no processo saúde-doença.

<sup>2</sup> Informações disponíveis no Portal da Saúde < <http://portal.saude.gov.br/saude/> >

Saúde<sup>3</sup>, a ESF tem como principal objetivo viabilizar uma de suas diretrizes que é a descentralização das ações em saúde junto à população, reorientando assim o modelo de atenção e gestão.

Segundo o Ministério da Saúde, a ESF busca reorganizar a prática da atenção à saúde tentando substituir o modelo tradicional, sendo que esse novo modelo de atenção implica em valorizar a realidade regional, identificando os problemas apresentados pela comunidade local, criando assim, possibilidades de intervenção sobre estes.

A ESF foi pensada como um espaço de democratização dos saberes e da participação, portanto agente da construção da cidadania, porém, parece reproduzir as desigualdades de gênero veiculadas nas suas concepções sobre o cuidado e sobre quem deve cuidar, quem deve medicar, quem deve ensinar e curar. Evidenciando nas tarefas do cotidiano uma divisão clássica do trabalho pensado para os homens e as mulheres, fato que se deve a uma construção social sobre as esferas do cuidado que frequentemente vêm sendo atribuído à responsabilidade feminina. Essa ordem simbólica, por sua vez, também segue estruturando modos de se fazer o trabalho em saúde e a mesma lógica também posiciona as mulheres-mães como agentes prioritários da implementação da ESF.

É nesse sentido que este trabalho se situa no interior de estratégias regradas e normatizadas por objetivos referidos ao desenvolvimento de ações, que visam produzir e assegurar práticas em saúde construídas a partir de uma equipe de trabalho. Equipe concebida como interdisciplinar, mas possivelmente marcada por processos de generificação das estratégias, concepções e definições dos espaços, das ações e das representações sobre o trabalho e seus significados de modos muito diferentes em termos de valor, em se tratando de médicos e enfermeiras.

Essas práticas de cuidado, ao acionarem um contexto e uma ordem de conteúdos e representações sobre o cuidar, que historicamente tem se voltado para o feminino, fixam uma determinada representação cultural que não pode ser compreendida fora das relações de poder que as constituíram e constituem. É a partir desse regime de verdade situado nas concepções do que antes se configurava como Programa de Saúde da Família e agora como Estratégia de Saúde da Família, que focamos o nosso objeto de investigação.

Quando se referem ao Programa Saúde da Família, em seus estudos, os autores ainda utilizam a expressão programa e não estratégia, como citam os profissionais das equipes de

---

<sup>3</sup> BRASIL. Lei Orgânica da Saúde n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõem sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 1990.

saúde. Tentando compreender um pouco sobre a denominação utilizada em relação ao Programa Saúde da Família, verificamos que: [...] muitos trabalhos falam no PSF como estratégia da Atenção Primária à Saúde; os termos Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica aparecem como sinônimos, mas nos autores que mais discutem o modelo assistencial o conceito de Atenção Básica aparece com mais frequência. (GIL, 2006, p. 1178).

O conceito de atenção básica está relacionado à atenção primária utilizado nos países industrializados, onde as ações em saúde eram classificadas por níveis de atenção, variando conforme a sua complexidade. Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o termo Atenção Primária à Saúde referia-se a organização de serviços como alternativa fundamental para a mudança do modelo assistencial, caracterizada mais como unidade/serviço local (avaliação da prevenção da diabetes em uma unidade de atenção primária) do que como serviços de âmbito municipal, estratégia ou modelo de organização de serviços. O atendimento em saúde era organizado em dois níveis de atenção, os centros de saúde primários e os centros de saúde secundários. Foi na Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, que o termo atenção primária ganhou espaço, especificando os elementos essenciais da sua organização (STARFIELD, 2002).

Em 1996, a atenção primária é validada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), reafirmando o conjunto de princípios que se referiam a valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional, tendo em vista a promoção e a proteção da saúde. Ações em saúde centradas nas pessoas, visando a qualidade e o financiamento sustentável, que permitisse a cobertura universal e o acesso equitativo da população.

A Atenção Básica, por outro lado, representa uma gama de ações em saúde, voltadas para o atendimento individual e da comunidade, tendo em vista a promoção e a proteção da saúde, o trabalho de prevenir agravos, garantir diagnósticos, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

Alguns artigos referem-se à Atenção Primária à Saúde como ações de “prevenção primária”, “educação em saúde”. (GIL, 2006, p. 1178). Já na Atenção Básica percebe-se maior diversificação dos temas, sendo nove estudos sobre mortalidade, dez de avaliação de programas, doenças ou agravos de saúde, quatro sobre atividades gerenciais, dois sobre acesso/territorialização, cinco sobre práticas profissionais, um sobre análise de políticas públicas e onze sobre modelos de atenção à saúde. Quarenta por cento deles fazem referência à Estratégia, vários fazem referência ao SUS, contextualizando-o no corpo do texto. (GIL, 2006, p. 1178). A descentralização, o desenvolvimento de mecanismos financeiros e

operacionais deu espaço à utilização do termo Atenção Básica como conceito das ações municipais em saúde.

Diante disso, recorreremos então às informações do Ministério da Saúde, documentos finais das Conferências de Saúde, bem como textos de sites relacionados ao tema, o que apontou a falta de uma definição normatizada desses conceitos.

Para Gil (2006) estes termos são utilizados ora como sinônimos, ora como contraposição, onde ele questiona se existem diferentes compreensões acerca dessas concepções, se podem ser mantidas como sinônimos na realidade brasileira, e ainda se "a Saúde da Família sofre influências da superposição desses conceitos ou diferentes interpretações sobre Atenção Primária à Saúde" (p. 1172).

O PSF deixa de ser um programa operacional da política pública de saúde que focalizava a atenção básica em populações excluídas dos serviços de saúde, passando a ser identificada como uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no país. O PSF passou a ser compreendido, a partir de 2005, como uma estratégia, que tinha como objetivo mudar o modelo assistencial, deixando de ser apenas programa, em decorrência da dinâmica que estava inserida a Saúde da Família no Brasil. Nesta condição, a ESF passa a atuar como instrumento de uma política de universalização da Atenção Básica, propondo a reorganização do processo de trabalho em saúde. (TEIXEIRA, 2003).

Nesse contexto de definições e ambigüidades sobre essa terminologia, com base na observação de como o MS define as ações em relação à Saúde da Família<sup>4</sup>, utilizaremos os termos Estratégia de Saúde da Família e Atenção Básica no decorrer desta dissertação. Partindo do entendimento que, independente da conceituação, o que se faz necessário é garantir uma "gestão pública comprometida com mudanças mais efetivas que atendam as necessidades de saúde da população." (GIL, 2006, p. 1180).

Essa perspectiva se insere nas transformações sobre a nova concepção de saúde coletiva, tendo em vista a prevenção e promoção da saúde, promoção entendida como um progresso nas estratégias da atenção em saúde na medida em que sua abordagem desloca o foco do indivíduo para os atores coletivos como a cidade, a escola, a fábrica, o meio ambiente. (LEFÈVRE, 2000).

---

<sup>4</sup> Antes da Saúde da Família, diante de qualquer problema, a pessoa corria imediatamente para o hospital, atitude que deixava as emergências lotadas. Atualmente, cada equipe da ESF é responsável por uma área de abrangência explica Claunara Mendonça, diretora do Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde. Portal da saúde. Disponível em: <[http://189.28.128.100/portal/aplicacoes/noticias/noticias\\_detalhe.cfm?co\\_seq\\_noticia=51697](http://189.28.128.100/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=51697)> Acesso em 14 jul.2008.



Estratégia de Saúde da Família que se institui, organiza e divulga às famílias, mais precisamente às mulheres-mães, um conjunto de ensinamentos sobre o cuidado. Quando nos referimos às mulheres-mães, estamos relacionando este fato às pesquisas sobre população e suas condições de vida segundo a Política Nacional de Assistência Social (PNAS, 2005). Identificamos que vem ocorrendo um fenômeno de mudanças no que se refere à família, apresentando a mulher como a provedora da família. Da década passada até 2002 houve um crescimento de 30% da participação da mulher como provedora familiar.

Em 1992, elas eram referências para aproximadamente 22% das famílias brasileiras, e em 2002, passaram a ser referência para próximo de 29% das famílias. Esta tendência de crescimento ocorreu de forma diferente entre as regiões do País e foi mais acentuada nas regiões metropolitanas. Em Salvador, 42,2% das famílias tinham na mulher sua referência. Em Belém eram 39,8% e em Recife 37,1%. Entre as Grandes Regiões, o Norte apresentava a maior proporção de famílias com este perfil, 33,4% e, o Sul, a menor, 25,5% das famílias cuja pessoa de referência era a mulher. (BRASIL, 2005, p.28).

Essa questão nos leva a anunciar uma relação importante desse trabalho, que é a sua dinâmica referida à família, embora o seu foco não esteja voltado a analisar as ações, daquilo que se faz nessas famílias e a quem realmente se dirigem as ações. Vinculadas essas concepções à própria noção de cidadania da ESF, ela nos leva a apreender os modos pelo qual a materialidade do cuidado se expressa e se torna inteligível no interior do trabalho do cuidar da saúde.

Este estudo é relevante no sentido de despertar a uma reflexão sobre o processo de trabalho em saúde, na perspectiva do cuidado e das práticas e concepções que estão sedimentando a ESF, colocando à disposição da sociologia resultados desta análise no sentido do aprofundamento das questões relacionadas a gênero.

Analisar as práticas e concepções da ESF é dar conta de relações históricas muito concretas, que estão vivas nos discursos e que se expressam no trabalho da equipe, e na preocupação desse estudo com a divisão do trabalho entre médicos e enfermeiras. Assim, pensar o cuidado colocado nesse discurso pode demarcar importantes articulações entre poder e saberes contingentes à ESF, mas também às relações sociais mais amplas em que o cuidado se constitui como uma marca generificada, produzida por processos culturais estruturadores de ordens simbólicas, expressas em instituições como a família, a medicina e a enfermagem, onde se identificam processos de trabalho que, por sua vez, também são marcados por linguagens discursivas, representações e subjetividades generificadas. A ESF se legitima e

mantém sua capacidade de responder a demandas, na medida em que sua capacidade prática e discursiva se coaduna com um conjunto de significados e neles se reconstróem posições de sujeitos que os ressignificam e reproduzem.

Essa situação leva a problematizar a concepção de cidadania, que parece tão cara à ESF, onde se reproduzem condutas da parte dos membros da equipe também hierarquizadas e perpassadas por relações de poder, em que a divisão sexual do trabalho igualmente demarca uma ordem simbólica, geradora de conteúdos que necessitam de problematização. Dessa forma, faz pensar na politização em termos dos direitos sociais e políticos dos envolvidos, sejam eles agentes ou família, já que também as ações são prioritariamente dirigidas às mulheres em suas casas.

Nesse contexto questionamos como homens e mulheres, que obtiveram formação em situações tão diferentes chegaram à ESF, e por que ocupam esses lugares e essas funções? Quando se pensa no conceito de cuidado à saúde, há menos de cinquenta anos atrás, o diagnóstico e a cura eram tidos como atribuições específicas do médico. Com o desenvolvimento da saúde pública, a mulher enfermeira projeta-se para o interior do mundo das profissões emergentes do século XX <sup>5</sup>, assumindo papéis antes reservados aos homens, garantindo assim, desde o fim do século XIX, espaços efetivos para a entrada da mulher no mercado de trabalho, o que veio a contribuir com um maior reconhecimento público às enfermeiras. Mulheres que se interessaram inicialmente pela medicina e enfrentaram, tanto na Europa como no Brasil, esse mundo masculino, acabaram por abrir o campo à participação profissional feminina. As enfermeiras, por sua vez, chegaram não só "dispostas a enfrentar as hostilidades dos médicos, mas, principalmente, dispostas a demarcar um território de decisões e atuação que não fosse tutelado pela profissão médica." (FARIA, 2006, p.179).

Faria demonstra que na América Latina, a urbanização e todo o processo de modernização e de construção nacional trouxe também as grandes epidemias (febre amarela, a malária, a tuberculose e a ancilostomíase) que deram margem para o trabalho das educadoras sanitárias e enfermeiras de saúde pública, valorizando assim o trabalho feminino. No Brasil, foi a partir de 1920 que a visitadora sanitária adquiriu prestígio profissional, respaldando a

---

<sup>5</sup> No caso do Brasil temos a presidente da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), a paranaense Maria Goretti David Lopes, diz que o número de enfermeiros com nível superior no Brasil precisa dobrar para atender a demanda em todo o país. Ela explica que a deficiência está, especificamente, na quantidade de enfermeiros com graduação, capazes de assumir a coordenação de equipes. Não faltam aqueles com cursos de nível médio e técnico. Segundo Maria Goretti, é preciso formar pelo menos 350 mil enfermeiros. Somados os enfermeiros com nível superior, nível médio e técnico, é mais de um milhão. Respondemos por 60,2% da força de trabalho em saúde no Brasil. A Associação Brasileira de Enfermagem está lutando pela consolidação do Sistema Único de Saúde. (FAVRETTO, 2008).

formação de recursos humanos no sentido da expansão do papel da mulher na sociedade brasileira, representada principalmente pela visitadora sanitária e pela enfermeira de saúde pública. Ainda que, para muitos focos de abordagem, a literatura considerasse a enfermagem como uma profissão feminina, em virtude somente do "cuidar da família, dos doentes e das crianças", ou seja, um papel desempenhado tradicionalmente por mulheres, como se fosse uma extensão das atividades domésticas.

Mott (1999) mostra quanto no final do século XIX a enfermagem era uma profissão exercida tanto por homens quanto por mulheres. A mudança de perfil ocorre na virada do século XX com o advento da "enfermagem moderna", localizando melhor esse lugar da mulher que agora passa a assumir no mercado de trabalho papéis antes reservados somente aos homens.

A profissão da enfermagem é colocada nessa tensão, portanto, entre a produtora de saberes, a que desenvolve técnicas de administração, no espaço público, contraposto com esteriótipos, como o da mulher tarefaira, rotineira, "mãezona" e o contexto das novas agentes de saúde pública.

Assim, parece que a ESF sintetiza hoje um processo que é anterior à enfermagem, e é considerada na sua concepção e na prática como uma profissão feminina. A partir desta premissa, por que então este espaço a colocaria noutra relação? Aqui ocorre um problema: a Saúde da Família foi concebida para ser interdisciplinar, mas ela própria tem que lidar com uma estruturação de lógicas profissionais disciplinares até então médicas.

Desta forma, é possível afirmar, conforme Bourdieu (2001), a partir do conceito *habitus*, que nesta busca pelo poder os indivíduos permanecem em luta permanente pelo prestígio e pela ascensão social em detrimento dos reais objetivos de seu trabalho. *Habitus* apresentado pelo autor como sistema de esquemas gerais e generativos duráveis e transponíveis, funcionando num plano inconsciente, dentro de um espaço estruturado de possibilidades. Matriz criativa de percepções, ações e apreciações agindo em nível corporal como mecanismos estruturantes que operam desde dentro dos indivíduos.

É relevante compreender que a dominação masculina é o resultado de um processo histórico de socialização, que acabou por incorporar nos indivíduos, quando crianças e através da família e das instituições, os *habitus* masculinos e femininos que se naturalizam sem problematizações. O *habitus* seria um conjunto de disposições adquiridas e inconscientemente aceitas, somente pela justificativa da diferença biológica entre os sexos, mas que não se institui como um processo de leituras sobre as diferenças sem conseqüências sociais e práticas para a vida de homens e mulheres nele envolvidos. Essa adesão à imagem do poder e à

validação aos valores masculinos é o resultado de um poder simbólico que não é percebido, mas visto como natural. O autor vê o indivíduo construído por práticas de socialização através do conceito de *habitus*, evidenciando que homens e mulheres incorporam inconscientemente em seus *habitus* masculinos e femininos, uma organização social marcada por uma visão de mundo dominante, de forma concreta, sem a menor chance de modificarem-na substancialmente. Bourdieu está num conjunto de reflexões que as feministas estão produzindo. Deste modo há pontos de conexão entre a sua teoria e o contexto da produção das teorias feministas, permitindo assim, através dessa conexão, problematizar a eternização das relações sociais diferenciadas entre homens e mulheres, apontando para instituições como a Escola, a Igreja e o Estado como responsáveis pela construção e imposição de princípios desta dominação. (BOURDIEU, 1999).

Porém, em relação a esse aspecto, é preciso dizer que não se pode invisibilizar os processos de significados que são produzidos pelos sentidos das ações desenvolvidas pelos próprios indivíduos no contexto das complexas relações culturais e intersubjetivas que os envolvem. No caso, os profissionais médicos e enfermeiras que poderiam expressar uma experiência mais matizada na relação entre a estrutura do serviço, sua ordem social e institucional e a sua experiência como construção do que são como profissionais, que não apenas se adaptam e reproduzem o que lhes é proposto por uma dinâmica normativa. No entanto, constroem "novos" significados a partir das tensões, evidenciando sentidos de mudança produzidos pela experiência cotidiana com as famílias, com a saúde, com suas práticas e com as suas concepções sobre o trabalho em equipe.

De modo que, ao tomar o conceito de *habitus* pretendeu-se apontar o campo da produção simbólica, com seu poder estruturante, mas não se pretende com isso, perder a dinamicidade e o engendramento de significados contidos na experiência.

A opção desse tema de estudo surge da inquietação a despeito da maneira como as relações entre médicos e enfermeiras se efetivam no tocante aos cuidados com a saúde no cotidiano do trabalho. A construção do "objeto" de análise começou com base em observações que venho<sup>6</sup> fazendo no trabalho junto à equipe de saúde desde o primeiro emprego (1985, em Londrina-PR) num hospital, como Assistente Social.

---

<sup>6</sup> Utilizarei a primeira pessoa do singular neste momento do texto e capítulo referente aos procedimentos metodológicos por entender que apresento aqui um relato da construção desse estudo a partir da minha trajetória profissional, evidenciando alguns aspectos que inspiraram a elaboração do mesmo. No restante da dissertação a primeira pessoa do plural foi utilizada em decorrência de que [...] a construção dos caminhos teóricos e metodológicos da investigação foi um processo coletivo [...] compartilhado com minha orientadora, autores e suas teorias, com a troca de experiências com colegas do mestrado [...] professores. (REZENDE, 2008, p. 16).

Esta experiência permitiu observar que a relação entre os profissionais que ali estavam médicos e enfermeiras, parecia evidenciar demarcações de poder, estabelecendo posições assimétricas entre homens e mulheres no processo de trabalho. Em minha percepção, a situação se dava possivelmente em decorrência de um saber médico, que se entendia não ser compartilhado pelas enfermeiras em função da compreensão histórica sobre esta profissão. A trajetória da enfermagem apresenta estigmas ou estereótipos, embora datados, que podem ter sido reforçados pelo fato de ser uma profissão que envolve atividades manuais eminentemente, portanto, um trabalho sem valor social. Evidenciando o trabalho relativo a homens e mulheres, estabelecendo claramente a diferença de valores para o masculino e o feminino. Sacks (1979) analisa esta questão ao referir-se ao trabalho doméstico, como não sendo considerado verdadeiro, por não ter valor de troca.

A minha observação cotidiana demonstrava que naquela esfera de relações, os médicos acabavam por utilizar-se de estratégias baseadas no poder que seu conhecimento respaldava, conquistando espaços naquele cenário. Por outro lado, as enfermeiras em maior número pareciam ter a possibilidade de controlar a gama de informações sobre as rotinas e o cotidiano, resultando num constante conflito pelo poder no estabelecimento das regras e da organização.

Algum tempo depois, em Curitiba, contratada como assistente social de um centro de reabilitação crânio-facial, numa Unidade da Secretaria de Estado da Saúde, foi possível perceber que, mais uma vez, para alguns profissionais da medicina, o saber médico parecia posicionar-se em detrimento das ações em equipe. Onde se identificava a dificuldade de alguns em compreender a forma como o trabalho de seus pares é pensado e organizado. Essa situação permitiu-me questionar por que as pessoas nessa equipe não tomavam uma posição, o que pensam sobre si e sobre a sua profissão?

Atualmente a ESF quando se coloca no epicentro de uma proposta que se pretende interdisciplinar surge também como um novo campo de tensão em relação ao que enfermeiras e médicos sabem e pensam sobre si. Também sobre o que precisam saber sobre si mesmo para trabalhar e interagir com profissionais diferentes e com uma concepção de trabalho que apresenta uma proposta que pressupõe o diálogo. No caso da enfermagem, para dialogar é preciso reconhecer esse lugar do outro e saber que precisa desinstalar-se do próprio lugar, ao referendar o espaço de poder do médico. Mas afinal qual é o lugar da enfermagem? Qual é a

sua característica como profissão? Que salto precisa dar para constituir-se como interdisciplinar?

Estas observações tornaram-se alvo e objeto dessa pesquisa quando iniciei minhas atividades como docente de cursos de Pós-Graduação Lato Sensu, na área da Saúde Pública<sup>7</sup>, inspirada nas discussões feitas em sala de aula observando a fala de alunos quando relatam situações do cotidiano na ESF no qual estão inseridos profissionalmente. Assim, a minha opção por estas categorias profissionais (médicos e enfermeiras) ocorreu devido a presenciar, mais uma vez, discussões muito acirradas sobre esta relação, por parte dos meus alunos. Inspirando-me assim, a pesquisar sobre o tema, no sentido de melhor compreender e tentar explicitar através de uma análise sociológica este conflito, do qual me falam com tanta frequência, alguns profissionais inseridos na ESF.

A opção de enveredar por essa senda também está relacionada com a minha necessidade de aprofundar o conhecimento sobre os conceitos de gênero como um referencial analítico, iniciado por meio da participação em disciplinas durante o Curso de Mestrado, ministradas pela professora Dra. Marlene Tamanini, no período de efetivação dos créditos necessários para elaboração da dissertação. Ao aceitar os novos desafios que foram se impondo no momento que ingressei no mestrado não imaginava que caminhos tão diferentes e muitas vezes tão exaustivos teria que percorrer; um longo esforço de investigação precisava ser feito para a elaboração da dissertação.

Destarte com base nas discussões sobre as teorias feministas tive a oportunidade de repensar o trabalho da equipe de saúde, percebendo que muito se tem discutido sobre a ação junto das famílias, no entanto pouco se tem produzido em relação a divisão do trabalho à luz das teorias de gênero nesse campo. Ao fazer o levantamento teórico sobre o meu tema encontrei muitos estudos sobre as relações no interior do Hospital, ou como a enfermagem e a medicina construíram historicamente suas ações em relação aos pacientes, ou ainda o trabalho da ESF com famílias na comunidade. Discute-se a relação medicina e enfermagem, mas não especificamente as ações de cuidado fundamentado pelos estudos feministas, a falta de pesquisas neste campo foi um dos fatores determinantes para escolha deste objeto de análise. Dessa forma, engajei-me em tentar compreender como essas relações entre médicos e enfermeiras tem se dado, quando atuam na ESF, em virtude do que preconiza os seus

---

<sup>7</sup> Cursos referentes à Estratégia de Saúde da Família, Saúde Coletiva, Saúde Pública, Educação em Saúde entre outros, ofertados para enfermeiras, médicos, dentistas, psicólogos, assistentes sociais e demais profissionais desta área.

princípios em contraposição as dificuldades historicamente evidenciadas entre estas duas categorias profissionais.

Essas relações de poder no espaço do trabalho em saúde, o enfrentamento cotidiano entre determinadas categorias profissionais e especialidades, no meu estudo entre médicos e enfermeiras, geravam imensa curiosidade, como entender as diferenças entre profissionais através da sociologia? Como esses profissionais se inserem e se mobilizam na equipe?

Somente a partir de leituras das teorias de gênero algumas explicações começaram a delinear o caminho para este entendimento, possibilitando levantar hipóteses de que as dificuldades enfrentadas por profissionais na ESF poderiam deliberadamente estar relacionadas às questões suscitadas pelos estudos de gênero. Questões que me permitiram pensar a construção social de uma série de representações sobre o masculino e o feminino e como se imbricam as diferenças entre sistemas de desigualdades, no caso específico deste trabalho. Também se vincula a dinâmica do poder tal qual definido por Scott (1990) e como as hierarquizações e o entendimento sobre o conteúdo das tarefas, sobre quem deve executá-las, estão relacionadas as referências simbólicas que evocam com frequência símbolos culturalmente disponíveis, mas contraditórios, o que a autora bem lembra ao contrapor Eva e Maria.

Ao expressar os elementos que se referem a normalização das interpretações simbólicas presentes nas doutrinas religiosas, educativas, científicas, políticas ou jurídicas que tomam a forma típica de uma oposição binária, que afirma de maneira categórica e sem equívocos o sentido do masculino e do feminino. Scott (1990) não se refere apenas a gênero como uma construção social a partir das diferenças percebidas entre os sexos, mas aponta para a sua vinculação à dinâmica de poder, como um primeiro modo de dar significado às relações de poder.

A partir desta perspectiva, faço o recorte para este estudo também partindo das minhas indagações iniciais, no Hospital, quando não conseguia compreender a dificuldade no entendimento entre médicos e enfermeiras e principalmente, o enfrentamento diário dessas categorias como se tentassem estabelecer quem detinha o poder naquele cenário. Essa experiência originou o questionamento a respeito desse saber absoluto do médico, uma conduta possivelmente oriunda de uma ordem masculina, de um espaço de poder que se pretende incontestável nas ações em saúde.

Partindo do princípio que o trabalho era realizado em equipe, por que a preocupação freqüente em estabelecer espaços de poder em detrimento do atendimento e garantia de saúde do paciente? Por que as enfermeiras realizavam determinadas tarefas "ditas impuras",

aceitando-as de forma natural, comparadas as funções "nobres" do médico que com seu saber científico podia organizar planejar, mas jamais assumir ações da rotina dos cuidados em relação aos pacientes?

A minha segunda formação acadêmica – a Pedagogia permitiu a construção de críticas em relação aos espaços que ocupamos no cenário profissional, ou seja, por que algumas categorias têm maior reconhecimento que outras? Parece que certas funções são pensadas para serem realizadas especialmente por mulheres, como se fossem incapazes para determinadas ações ou responsabilidades.

Estas questões passaram a ser discutidas na sala de aula, com alunos da graduação e Pós-Graduação, gerando polêmicas muito sérias quando se falava no trabalho em equipe. Evidenciando dificuldades em se refletir sobre as relações hierárquicas no trabalho interdisciplinar.

Como interdisciplinar se, alguns profissionais (enfermeiras) assumem maiores responsabilidades que outros (médicos), onde algumas das ações como, por exemplo, a visita domiciliar, parece nem sempre ser realizada pelo profissional médico? Segundo muitos representantes desta categoria, "foram contratados para atenderem pacientes", e isto só é possível na unidade de saúde e não na casa do cidadão, como orienta a ESF.

Na sala de aula esta discussão toma rumos muito diferentes, quando só se encontram enfermeiras (os) ou ao contrário quando existe a presença dos médicos (as). Discussões que revelavam certo preconceito com o fazer médico e o fazer da enfermagem, evidenciando o cuidado como responsabilidade da enfermagem ao realizar suas ações. Como se pontuassem papéis masculinos e femininos, deixando clara a desigualdade entre estas categorias não só pela questão da formação, mas possivelmente pelo significado construído sobre a diferença de sexo. Onde homens foram feitos para pensar, organizar, por outro lado as mulheres mais sensíveis, preparadas no lar para desenvolver tarefas que demandam sensibilidade e cuidado.

Um filme acabou originando maior questionamento em minhas observações, a ponto de levá-lo para sala de aula tendo em vista refletir sobre ação do médico, "Um Golpe do Destino", título original: "The Doctor", produzido em 1991 (EUA), com muitos elogios da crítica, reunindo a diretora Randa Haines e o ator Willian Hurt. Médico famoso, acometido por câncer se vê na condição de paciente. Suportando a dor e o sofrimento, se dá conta da sua postura como profissional que sempre se colocou como superior aos colegas e pacientes. Vivendo ansiedades, desperta para a compaixão e o entendimento do trabalho em equipe e a partir do processo de tratamento modifica sua conduta.



Esse filme causou alguns desentendimentos em sala, quando reunidos médicos (as) e enfermeiras (os) na condição de alunos, eles discutiam estas relações de forma a não confirmar as dificuldades no cotidiano. Como que tentando velar uma contradição presente no dia a dia. A enfermagem confirma o enfrentamento e a desigualdade sobre como são tratadas, já os médicos afirmavam não existir essa desigualdade, nem pela condição do sexo muito menos pela profissão. "A sociedade é que naturalmente fazia esta distinção", mas no dia a dia isto era apenas "falta de maturidade de algumas colegas".

Por outro lado, na condição de aluna do mestrado, numa discussão em sala de aula ao utilizar o exemplo do filme acabei criando uma polêmica junto ao grupo. Trazer o exemplo de filme naquela situação não permitia uma análise sociológica, segundo uma colega de turma, era eu a própria "gafe sociológica". Esta situação criou nova nuance sobre o tema. Como assistente social esta análise permitia entender o contexto, mas no campo da sociologia a compreensão vinha de outro lugar, que lugar era este tão desconhecido por mim?

A busca desse entendimento pela via da Sociologia denota a sua relevância pelo fato de tentar analisar como aparecem no cotidiano as tensões, ambigüidades, conflitos à divisão social e sexual do trabalho. Evidencia quanto uma proposta interdisciplinar consegue romper com habitus, poderes desiguais nos diferentes níveis de participação e como profissionais da área da saúde, médicos e enfermeiras administram no cotidiano as questões de gênero. Ou ainda, como estas relações se reproduzem no processo de trabalho em saúde, ou seja, a possibilidade de se pensar sobre as relações entre homens e mulheres, refletindo sobre o discurso da diferença dos sexos. Marcada por sua vez, por várias tensões na organização do trabalho, na coordenação de atividades e na partilha de saberes que se reconhecem mutuamente. Seja da parte da medicina reconhecer o sabe produzido pela enfermagem, e esta, por sua vez produzir em suas relações poderes participativos que não digam respeito a inversão de poderes, dentro de critérios duais, binários, com novas divisões, às vezes, comuns aos grupos que buscam construir-se, visibilizar-se e empoderar-se. Essas questões trazem problemas importantes para uma prática interdisciplinar que se pretende dialógica.

Essa análise parece evidenciar que o trabalho com a família talvez esteja carregado de concepções generificadas sobre as formas de compreender os cuidados em saúde, e sobre quem deve fazer o que.

A partir desses diferentes desafios à reflexão, a dissertação se estrutura seguindo a ordem abaixo relacionada:

No Capítulo I – **O artesanato intelectual como possibilidade da pesquisa sociológica** – reúno, nesse capítulo, uma revisão da literatura sobre a metodologia tentando

atingir os objetivos propostos por esse estudo, utilizando como pano de fundo a proposta desafiadora de Wright Mills, em "A imaginação sociológica", o artesanato intelectual<sup>8</sup>, tão essencial nesse momento. Evidenciando com auxílio dos autores que fundamentam a pesquisa científica as questões e os objetivos, o método, a forma de analisar o campo. Adotei a pesquisa qualitativa tentando a consonância com categoria de análise pela perspectiva de gênero.

No Capítulo II – **Da assistência médica curativa à Saúde como direito de todos garantida pelo Estado** – Tratar desse assunto, ou seja, resgatar o histórico sobre o Sistema Público de Saúde no Brasil sem apresentar uma história extremamente universal foi um grande desafio. Primeiro porque participei do desenvolvimento de alguns acontecimentos que contribuíram para o movimento da Reforma Sanitária, dada a minha inserção no campo.

Esta inserção começa quando entrei na graduação em 1980, no curso de Serviço Social, participando de discussões no movimento estudantil. Inclui a atuação profissional nas Prefeituras de Santa Isabel do Ivaí e Santa Cruz do Monte Castelo que me abriram as portas para o movimento da Reforma Sanitária através da participação em Conferências Municipais, Estaduais e finalmente na 8ª Conferência Nacional de Saúde que originou a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Sob a vigilância freqüente da minha orientadora para que essa abordagem não fosse assim, tão apaixonada, nem tão linear, para tanto utilizei autores reconhecidos desse campo, visando fundamentar os fatos sem fazer uma mera descrição histórica.

Correndo o risco de repetir uma história tantas vezes contada por todos que me antecederam ao falar da política pública de saúde neste país, insisti em trazê-la para esta dissertação em decorrência de tentar explicar como chegamos à ESF num período de apenas 22 anos a contar da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

O capítulo suscita uma reflexão sobre como os serviços de saúde emergiram no Brasil no século XIX, apresentando uma organização extremamente precária. Ao analisar a história dos serviços de saúde no Brasil, pode-se afirmar que as políticas deste atendimento apresentaram alterações passando de assistência médica a direito à saúde. Direito este

---

<sup>8</sup> Wright Mills (1965) sugere uma prática artesanal ao pesquisador em Sociologia, opondo-se à atitude hermética, burocrática, formalista e instrumental. O artesanato intelectual caracteriza-se pelo domínio do pesquisador de todo o processo de conhecimento, propõe a organização de arquivos com experiências e conceitos o que permitiria tanto criar as condições para o conhecimento da realidade, como estimular a imaginação sociológica tornando-a suscetível para novas questões e possibilidades de resposta.

conquistado a partir da 8ª Conferência Nacional da Saúde/ 1986 consagrando os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária (BRASIL, 1986).

Contar essa história agrega na qualidade do estudo porque demonstra como a mudança no atendimento em saúde vem sendo delineada nas últimas décadas.

No Capítulo III – **A construção do campo analítico na relação com o cuidado**– Esse capítulo se apóia em trabalhos relativos à problematização dos conceitos de gênero e trabalho, a divisão sexual do trabalho e o conceito de cuidado tenta compreender como as relações de gênero acontecem no cotidiano especialmente no espaço do trabalho da equipe da ESF.

Orientar esse estudo segundo a categoria gênero, justifica-se pelo fato de acreditar que esta forma de análise desvela signos dados às relações sociais e principalmente ao modo de ser do indivíduo na sociedade.

Capítulo IV – **Trajatórias profissionais - Ambiguidades da prática** – As inquietações que levam a construção deste capítulo partem de alguns estudos sobre a divisão sexual do trabalho e da experiência narrada possibilitando aqui refletir sobre o tema desta pesquisa. O objetivo nesta parte do estudo é construir uma análise acerca das relações de gênero no trabalho entre médicos e enfermeiras, para conhecer que tipo de práticas elas expressam no que tange a divisão sexual do trabalho. Com isso, compreender como se constitui historicamente e no cotidiano das ações desses profissionais na ESF, as concepções sobre o cuidado e se o fazer profissional é demarcado por alguma ordem simbólica referida a gênero. Apresento a narrativa dos sujeitos da pesquisa sobre os caminhos que os conduziram ao trabalho na área da saúde, especificamente na ESF. Faço a exposição dessa maneira procurando visibilizar esses profissionais através da sua fala, de suas histórias e de recordações sobre a sua formação e experiências profissionais tendo como objetivo apresentar quem são os sujeitos deste estudo.

Nas **considerações finais**, retomo as idéias centrais desenvolvidas, com o intuito de responder à indagação norteadora e aos objetivos propostos. Apresento algumas reflexões como resultado do processo de investigação, somado a outras concepções e estudos já realizados sobre o tema. Finalizo com a indicação de questionamentos que surgiram em relação ao contexto atual da ESF, no sentido de contribuir para a compreensão do direito constitucional à saúde de forma universal, integral e equânime, que é parte de um conjunto de direitos chamados de direitos sociais, que têm como inspiração o valor da igualdade entre as pessoas.

## **1. O ARTESANATO INTELECTUAL COMO POSSIBILIDADE DA PESQUISA SOCIOLÓGICA**

### **1.1 CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA**

As estratégias para desenvolver as etapas metodológicas que propiciaram atingir os objetivos desse estudo, evidenciam o que a metodologia da pesquisa sociológica em saúde aponta, segundo as idéias de Mills (1965), que o pesquisador é parte fundamental do objeto de investigação. Também indica que o método e a metodologia utilizados não têm apenas um caráter instrumental, mas, que ao assumir o artesanato intelectual, método e metodologia constituem-se também em formas de conhecimento (pontos de partida e chegada) que auxiliem na representação que ele constrói do seu objeto de pesquisa. Quando o autor fala sobre a o "Artesanato intelectual", se refere ao domínio de todas as etapas do processo do conhecimento seja: definição de temas; organização do arquivo; exposição do resultado por parte de quem realiza a pesquisa. Esta atitude cria condições para o conhecimento da realidade, libera a imaginação sociológica, tornando-a permeável a novas questões e possibilidades de respostas.

Seguir as orientações de Mills implica em que o pesquisador também saiba articular a sua biografia à História das experiências pessoais aos processos e estruturas sociais mais amplos. Unindo assim, as experiências pessoais e profissionais para que atinja uma problematização e compreensão da realidade mais abrangente, sejam o estabelecimento de perguntas amplas em relação à vida social e obtenção de respostas que permitam articular concepções sobre a sociedade, história e sua biografia, aspectos que o autor trata como dimensões da mesma realidade.

Desvelar a realidade através da pesquisa científica tem permitido de certa forma conhecer a sociedade, no nosso caso especificamente a ESF. Assim, desenvolvemos a pesquisa norteadas pelo seguinte problema: Como se constroem as relações de gênero entre profissionais médicos (homens) e enfermeiras (mulheres) a partir dos significados atribuídos aos conteúdos das tarefas e ações previstas pela equipe interdisciplinar da ESF em relação às práticas do cuidado e da educação em saúde no meio familiar?

Essas ações envolvem a compreensão a respeito de saúde-doença-cuidado e as formas de enfrentar os problemas surgidos na prática social. No caso, a educação em saúde implica informação e comunicação, supondo a aquisição e reconstrução de conhecimentos entre sujeitos. Doentes, usuários, cidadãos, ativistas, profissionais, técnicos, todos são sujeitos de conhecimento, portadores de saberes diversos, frutos de um complexo aprendizado social.

Ações como essas que pretendem contribuir para a formação da consciência crítica da população e mais especificamente da família, possibilitando a aquisição de práticas que visem à promoção da sua própria saúde e saúde da sua comunidade. Ações desenvolvidas junto da equipe interdisciplinar incentivando o auto cuidado, tentando romper com o atendimento em saúde centrado na doença.

Nesse espírito configuram-se as questões e os objetivos dessa pesquisa que aqui se apresenta por meio do seu **objetivo geral** - construir uma compreensão sobre os significados atribuídos aos conteúdos das tarefas e sobre as relações de gênero e de poder no trabalho de médicos (homens) e enfermeiras (mulheres) que atuam na Estratégia de Saúde da Família, no que se refere a proposta de interdisciplinaridade sobre as práticas do cuidado no meio familiar.

Os **objetivos específicos** se voltam para os desafios de:

a) identificar como se constrói as relações de gênero e se elas são capazes de demarcarem diferentes práticas e concepções em relação à generificação do conteúdo das tarefas, e, sobretudo a categoria cuidado entre profissionais médicos e enfermeiras, no que se refere ao exercício das funções previstas pela ESF;

b) analisar as concepções sobre o conteúdo do trabalho que a ESF precisa desenvolver no fazer profissional e como ocorre a flexibilização e a hierarquização das atividades no cotidiano da equipe de saúde, para conhecer que tipo de práticas elas expressam no que tange à divisão sexual do trabalho;

c) compreender como se constitui historicamente e no cotidiano o conteúdo das ações de médicos e enfermeiras, e se as concepções sobre o cuidado e o conteúdo dessas ações são demarcadas por alguma ordem simbólica associada a relações desiguais de poder, gerando dificuldades à própria proposta da interdisciplinaridade.

Essas foram as hipóteses elencadas a partir dos objetivos propostos:

- O poder faz parte de uma gama de relações organizadas. É possível que embutido no discurso de transversalidade e respeito às diversas ciências, possa existir uma relação de poder e subordinação pautada por relações assimétricas de gênero? Estaria a ESF, considerando-se seu caráter interdisciplinar, gerando práticas e saberes hierarquizados a partir das relações desiguais entre homens e mulheres?
- O significado do trabalho feminino faz parte de uma realidade de gênero que se constitui a partir do entendimento de que ser mulher significa estar pronta para o ato de "cuidar". Então, para desenvolver esta tarefa não há a necessidade de nenhuma formação, ou seja, a mulher não precisa frequentar uma faculdade para assumir certas

atividades que são desenvolvidas no cuidado com as famílias da ESF. É possível que como enfermeira, a mulher siga em seu trabalho reforçando essas representações partilhadas socialmente e as mesmas concepções colocam suas tarefas nessa adequação prática à experiência compreendida e reproduzida na sociedade e, portanto, o que ela faz carece de reflexão teórica e capacidade analítica.

- Apesar de alguns contextos e exigências de trabalho terem se modificado, ainda existem relações de poder, desigualdades e concepções naturalizadas. A organização das atividades na ESF pode ser o ponto neurálgico dessa relação quando referida a divisão social e sexual do trabalho em virtude do trabalho feminino possivelmente perder o estatuto de trabalho valorizado socialmente, e em contrapartida o trabalho do médico segue vinculado ao conceito de "Doutor" ainda quando ele tenha só a graduação.
- Pressupostos da interdisciplinaridade no trabalho da ESF poderiam estar modificando a clássica hierarquia em termos de cuidar/saber e fazer?

## 1.2 OBJETO E O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

A primeira fase desse estudo foi a revisão bibliográfica sobre a teoria de gênero cuidado e a divisão sexual do trabalho realizada a partir das disciplinas cursadas durante os dois primeiros semestres no mestrado. Essas disciplinas foram o caminho revelador que permitiram o entendimento de gênero como uma "categoria útil de análise". Também as discussões, as leituras e o posicionamento das docentes dessa linha foram decisivos para um novo olhar sobre o cenário a ser analisado. Na sequência o estudo sobre a história das políticas de saúde no Brasil. Na continuidade o estudo sobre a família de forma a contextualizar o espaço de trabalho dos sujeitos da pesquisa discutindo também o cuidado e a divisão sexual do trabalho enfocando as questões de gênero postas no cotidiano da equipe.

O trabalho em saúde realizado por uma equipe interdisciplinar, como propõe a Estratégia de Saúde da Família, analisada pela perspectiva de gênero é um tema novo. A opção em realizar esta pesquisa através da área disciplinar da sociologia justifica-se pela intenção em desenvolver uma análise que permita indicar construções sociais, ou seja, a possibilidade de se pensar as relações entre homens e mulheres, refletindo sobre o discurso da diferença dos sexos e o que ele engendra em termos de desigualdades sociais, políticas, econômicas e culturais. Como certas essencializações de conceitos fundados em um determinismo biológico levam para assimetrias e hierarquias profissionais, salariais, na

apropriação do tempo. Categoria chave quando se trata de cuidar, lavar, limpar, administrar a economia doméstica. Quando se trata de cuidar, ensinar famílias engendradas sob o foco da mãe e da criança e constituir e produzir uma equipe de saúde que precisa "mudar" o seu conceito de família e as suas práticas de trabalho.

### 2.3 O CAMPO

Como destacamos anteriormente, a pesquisa se delineou tendo como foco o trabalho de médicos e enfermeiras, escolha feita, tornou-se evidente a necessidade de explicitar a razão que nos levou a investigar estas duas categorias, e principalmente o porquê de médicos (homens) e enfermeiras (mulheres).

Partindo da nossa experiência profissional no trabalho com equipes de saúde tanto quanto na relação com esses profissionais em sala de aula, pudemos constantemente observar que na área da enfermagem a presença feminina sempre foi maior. Enquanto que na relação com médicos na sala de aula, vindos da ESF, parece existir um número reduzido de médicas mulheres e em sua grande maioria a presença de homens parece representar essa categoria. Importante ressaltar aqui que o conflito não está relacionado à quantidade, mas sim relacionado às práticas de inserção, da formação e das concepções.

Assim sendo, a escolha se deu também por identificarmos nas equipes, entre outras questões uma relação bastante conflituosa que historicamente vem sendo delineada e que tivemos a oportunidade de observar. A pesquisa de campo e os dados da realidade estudada mostraram que investigar os médicos e as enfermeiras e não as médicas e os enfermeiros (grifos nossos) estavam diretamente ligados com as relações concretas da realidade do trabalho nas equipes de saúde. Embora acreditemos que o campo amplo da enfermagem tomado em seus habitus e concepções faz as práticas de tal modo que seriam essas representações colocadas em curso, independente de estarmos falando de homens ou mulheres enfermeiras. Ter homens em espaço de trabalho tão feminilizado não faz desse lugar e desse saber necessariamente uma outra concepção. O mesmo se aplica aos médicos. Tradicionalmente, esse é o campo do poder masculino. E a forma de pensar, de gerar poderes normativos, o funcionamento de um espaço estruturado de possibilidades, a matriz criativa de ações e apreciações, os mecanismos estruturantes desses campos. Tudo isso da ordem da cultura. Nesse conjunto de disposições eles estão binariamente e hierarquicamente contrapostos. Por tanto, não estamos falando de diferença biológica dos sexos, mas de como, a leitura engendrada pela cultura sobre a marca do sexo nos corpos coloca as relações entre

homens e mulheres, por vezes em lados opostos. E no caso da ciência estar em determinado lugar como campo da produção do saber, também faz a diferença se a leitura a priori sobre o campo é marcada por práticas e compreensões que o fez como adequado par o masculino e ou par o feminino. Essas práticas de socialização têm consequências no modo como uma visão de mundo também produziria dinâmicas tensas se fosse o foco de análise, as relações de homens enfermeiros e mulheres enfermeiras, ou se fosse médicos e médicas. Isso porque nossa análise se produz a partir dos significados partilhados sobre um campo de saberes com suas complexas relações culturais no que se refere a gênero, que é da ordem da cultura e não em relação a sexo tomado na sua fixidez biológica.

Entrevistamos 5 médicos e 5 enfermeiras com a intenção somente de implementar este estudo, considerando que eram em número suficiente, já que eles se inserem no conjunto de outras relações, que na condição de professora de cursos de especialização sobre a Saúde da Família, pode-se observar inclusive com outras falas de "alunos" membros dessas equipes e, que em alguns aspectos comporão essa análise. Dessa forma, a coleta de dados teve início muito antes das entrevistas, ou seja, desde o início da nossa trajetória profissional.

A área de abrangência do trabalho dos profissionais pesquisados é Curitiba e Região Metropolitana (RMC), que ocupa uma superfície de 432,17 km<sup>2</sup>, habitados por 1.788.559 pessoas (IBGE/ 2006) com os 29 municípios que formam a Região Metropolitana de Curitiba – RMC, com a população em torno de 3.261.168 habitantes (IBGE/2006).

Esta região possui 245 equipes de ESF e foi escolhida como foco de estudo em decorrência: a) do tempo de implantação da ESF na região propiciando maior experiência por parte dos profissionais; b) a existência de estudos sobre o modelo com enfoque familiar no município de Curitiba e a sua RMC; d) e pela facilidade de inserção da pesquisadora no campo.

Para complementar essas observações, buscamos a análise de alguns dados, como por exemplo, informações presentes nas Estatísticas da Saúde e Assistência Médico-Sanitária, realizada pelo IBGE (BRASIL, 2005), e assim, identificamos que existem 2,9 postos médicos<sup>9</sup> para cada mil habitantes. Pontuando que o número de médicos aumentou nos estabelecimentos de saúde públicos e que este setor é responsável por 50,7% dos postos de trabalho de nível superior.

---

<sup>9</sup> Investigamos junto ao Conselho Federal de Medicina o número de médicos inscritos no Brasil, concluindo que este possui 331.655 médicos inscritos sendo que 204.119 pertencem ao sexo masculino e 127.378 pertencem ao sexo feminino, ou seja, 38,4% dos profissionais inscritos são do sexo feminino.



Dado relevante para a nossa dissertação, no sentido de que nos permite pensar o quanto este espaço tem se ampliado, validando o que nos fala nossos pesquisados quando se referem a investirem na ESF em decorrência da valorização e abertura de campo de trabalho que vem ocorrendo nos últimos anos.

Em termos de gênero a tabela abaixo desenha evidências importantes quando apresenta 23.871 enfermeiros dos quais 89,7 % são mulheres e 23.024 médicos dos quais 72,8 são homens.

TABELA 1 - INDICADORES DE GESTÃO DO TRABALHO – OCUPAÇÕES\*  
INSERIDAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE – (BRASIL, 2005)

Ocupações de Saúde	Total de ocupações	Proporção de ocupações vinculadas ao SUS	Ocupações por sexo	
			Proporção de mulheres	Proporção de homens
Enfermeiro da ESF	23.871	99,9	89,7	10,3
Médico de Saúde da Família	23.024	99,9	27,2	72,8

FONTE: Indicadores de gestão do trabalho em saúde: material de apoio para o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS \* Segundo a Classificação Brasileira de Ocupações em Saúde – Ministério do Trabalho

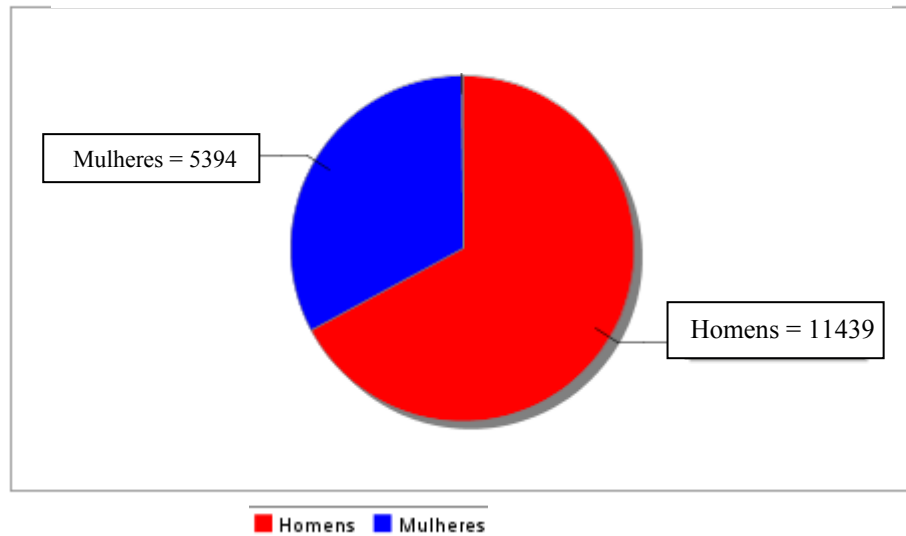
A partir dos dados constantes da tabela 1, comparamos as categorias de enfermeiros e médicos verificando que na enfermagem, de um total de 23.871 profissionais, 89,7% são mulheres, e somente 10,3% são homens. Enquanto que na medicina, de 23.024 profissionais, 72,8% são homens, e as mulheres representam 27,2% desses profissionais, no contexto brasileiro médicas mulheres constituem quase 1 terço dos profissionais da área.

Em contato com o Conselho Regional de Enfermagem-COREN, pudemos confirmar que esta distribuição percentual também se aplica no Paraná e em Curitiba.<sup>10</sup>

O total dos médicos ativos inscritos no CRM-PR, tanto da iniciativa privada como da pública, somam 17.013, sendo que 11.439 médicos pertencem ao sexo masculino, e 5.394 destes são do sexo feminino. Os médicos com especialidade somam 10.230, 1.866 são registrados na especialidade de Medicina de Família e Comunidade. Curitiba possui 192 médicos na ESF dos quais 101 são do sexo masculino e 91 do sexo feminino.

<sup>10</sup> Dados coletados no site do COREN e por informações via contato telefônico no Conselho.

TABELA 2 - COMPARATIVO ENTRE NÚMERO DE MÉDICOS HOMENS E MULHERES NO PARANÁ



FONTE: Portal Médico. <<http://www.portalmédico.org.br/novoportal/index5.asp>> Acesso em 19 jul. 2008.

O Conselho Regional de Enfermagem do Paraná informa que o total de profissionais inscritos no Conselho é 10.941, em Curitiba são 3.445 enfermeiros sendo que 2.472 têm sua inscrição definitiva e 973 enfermeiros têm inscrição provisória.

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNESNet) <sup>11</sup>, em Curitiba temos 1.132 enfermeiros, dos quais 191 cadastrados como enfermeiros da Saúde da Família, sendo que destes, 06 pertencem ao sexo masculino, e 185 são do sexo feminino.

A Região Metropolitana tem 179 enfermeiros cadastrados como enfermeiros da Saúde da Família, sendo que destes, 20 pertencem ao sexo masculino, e 159 são do sexo feminino.

A seguir a apresentação da tabela 3 com esses dados comparativos a respeito do número de enfermeiros homens e mulheres em Curitiba e Região Metropolitana.

TABELA 3 - COMPARATIVO ENTRE NÚMERO DE ENFERMEIROS HOMENS E MULHERES EM CURITIBA E REGIÃO METROPOLITANA.

Município	Enfermeiros	masculino	feminino
1. Pinhais	02	-	02
2. Piraquara	06	-	06
3. São Jose dos Pinhais	29	06	23
4. Agudos d Sul	03	-	03
5. Tijucas do Sul	03	-	03
6. Quitandinha	04	01	03

<sup>11</sup> Dado atualizado em 10/08/2008. Disponível em <[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Profissional\\_com\\_CB\\_O.asp?VEstado=41&VMun=410690&VCbo=2235C1](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CB_O.asp?VEstado=41&VMun=410690&VCbo=2235C1)> Acesso em : 20 ago.2008.

7. Mandirituba	0	-	-
8. Fazenda Rio Grande	16	-	16
9. Araucária	17	01	16
10. Campo Largo	15	01	14
11. Campo Magro	07	01	06
12. Almirante Tamandaré	03	01	02
13. Colombo	26	03	23
14. Quatros barras	07	01	06
15. Campina Grande do Sul	07	01	06
16. Cerro Azul	07	-	07
17. Lapa	06	01	05
18. Balsa Nova	03	-	03
19. Itaperuçu	03	-	03
20. Rio Branco do Sul	08	02	06
21. Dr. Ulisses	-	-	-
22. Adrianópolis	02	01	01
23. Tunas do Paraná	02	-	2
24. Bocaiúva do Sul	-	-	-
25. Contenda	03	-	03
26. Curitiba	191	06	185
Total região metropolitana	179	20	159
Total geral	370	26	344

FONTE: Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Profissional\\_com\\_CBO.asp](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp)>. Acesso em 31 ago.2008.

Para Shimazaki (2001) Curitiba tem investindo permanentemente nesses 20 anos junto à atenção básica à saúde da população. Este dado pode ser averiguado em decorrência dos indicadores de saúde que demonstram a redução da mortalidade infantil assim como o índice aumentado da expectativa de vida da população. A rede municipal de Unidades de Saúde vem sendo ampliada garantindo cada vez mais o acesso dos usuários aos serviços.

A construção da Estratégia de Saúde da Família é o resultado do trabalho constante de muitos profissionais ao longo desses últimos 14 anos, onde a Atenção Básica é realizada pelas Unidades de Saúde (clínica geral, pediatria, ginecologia/obstetrícia), atendimento odontológico e atendimentos básicos (vacinas, curativos, etc.). Trabalho realizado através das consultas médicas e de enfermagem<sup>12</sup>.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) vêm cumprindo a sua missão que é o de "planejar e executar a Política de Saúde, responsabilizando-se pela gestão e regulação dos serviços próprios, monitorando doenças e agravos [...] visando a uma população mais saudável." (SHIMAZAKI, 2001, p. 64). Tendo em vista o atendimento do cidadão e não mais

<sup>12</sup> A consulta de enfermagem é competência exclusiva do enfermeiro. A Lei do exercício profissional Lei nº 7.498/86, artigo 11, inciso I, alínea "i", legitima o enfermeiro para o pleno exercício dessa atividade, com o indivíduo, família e a comunidade, seja no âmbito hospitalar, ambulatorial, domiciliar ou em consultório particular.

de um mero paciente passivo, que desconhece os seus direitos e responsabilidades, construindo com as equipes de saúde uma relação de co-responsabilidade.<sup>13</sup>

Estas equipes da ESF trabalham com uma carga horária de 40 horas, sendo que o atendimento é realizado na unidade de saúde da família, assim como na comunidade, através de visitas domiciliares e atividades de educação em saúde.

### 1.3.1 O cenário

O contato com os profissionais teve a intenção de coletar dados que nos permitissem pensar as dinâmicas generificadas compreendidas nas relações com concepções sobre o conteúdo das tarefas sobre o cuidado em saúde. Se elas revelam-se marcadas por desigualdades e por relações de poder manifestadas no modo como ocorre a divisão sexual do trabalho, com comprometimento inclusive do caráter interdisciplinar da ESF.

Assim, os sujeitos da pesquisa foram entrevistados em locais, datas e horários escolhidos por eles mesmos. Três entrevistas foram realizadas em fim de semana em horário de intervalo da aula do curso de especialização que os entrevistados estão concluindo. Algumas entrevistas foram feitas no seu próprio local de trabalho, sendo que em alguns casos, parece importante ressaltar a dificuldade de marcar tais entrevistas, em decorrência da agenda ser modificada por emergências que a unidade de saúde apresentou. Esta situação acabou atrasando o tempo previsto para a realização do trabalho de campo.

Por outro lado, a disponibilidade de duas enfermeiras foi surpreendente, pois foram até o local de trabalho desta autora, no mesmo dia que entramos em contato com as mesmas, solicitando auxílio na pesquisa de campo desse estudo.

As entrevistas foram agendadas, assegurou-se a garantia da preservação da identidade dos participantes assim como o caráter confidencial de suas colocações. Os encontros com os entrevistados duraram em torno de 40 a 60 minutos, as entrevistas foram gravadas em sistema eletrônico no formato MP3<sup>14</sup> a partir de diálogos abertos, feita a solicitação para gravar a entrevista, verificamos que não houve intimidação pelo fato de

---

<sup>13</sup> Abrindo assim, "espaços de produção de diálogo junto à comunidade, de reflexão, problematização, possibilita a construção de uma relação de co-responsabilidade favorecendo formas mais humanas e efetivas do processo de trabalho em saúde". (BORGES, JAPUR, 2008, p.70). Tendo em vista atingir não só os usuários como os profissionais, garantindo a construção de uma nova forma de fazer saúde, comprometida com o projeto democrático do SUS.

<sup>14</sup> MP3: Tecnologia que permite gravar voz para palestras, aulas e entrevistas, a compressão de arquivos sonoros, com qualidade digital, muito próxima de um CD. Sua capacidade de compactação pode chegar à relação 12 para um, sem prejuízo da qualidade sonora.

realizarmos esta gravação. Os diálogos foram baseados em questões semi-estruturadas elaboradas com foco nos objetivos propostos nesse estudo. Na sequência, cada entrevista passou pelo processo de digitalização, crítica, categorização e análise.

### 1.3.2 Os sujeitos da pesquisa

O quadro explicativo a seguir apresenta informações gerais para identificar os profissionais pesquisados, sem alusão a dados específicos e particulares. Os nomes dos sujeitos da pesquisa são fictícios escolhidos de forma totalmente aleatória.

TABELA 4 – IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS

<b>Nome</b>	<b>Idade</b>	<b>Formação/tempo</b>	<b>Local de Trabalho</b>	<b>Cargo/função</b>	<b>Tempo na ESF</b>
1. Carla	26	-Enfermagem - 4 anos -Especialização em Saúde da Família (concluindo a especialização)	Unidade de Saúde da Família	Enfermeira na ESF	2anos
2. Sandra	46	-Enfermagem 3 anos -Especialização em Saúde Coletiva (concluída)	Unidade de Saúde da Família	Coordenadora da ESF	2 anos e 6 meses
3. Denise	36	-Enfermagem- 9 anos -Especialização em Saúde Pública (concluída)	Unidade de Saúde da Família	Coordenadora da ESF	5 anos
4. Fabiana	38	-Enfermagem - 14 anos -Especialização em Saúde da Família (concluída)	Unidade de Saúde da Família	Enfermeira na ESF	8 anos
5. Heloisa	40	-Enfermagem -10 anos -Especialização em Saúde Coletiva (concluindo a especialização)	Unidade de Saúde da Família	Enfermeira na ESF	6 anos
6. Francisco	48	-Medicina - 20 anos -Especialização em Saúde Pública (concluída)	Unidade de Saúde da Família	Médico na ESF	10 anos
7. Fabrício	29	-Medicina -1ano e 6 meses -Especialização em Saúde da Família (concluindo a especialização)	Unidade de Saúde da Família	Médico na ESF	1 ano e 6 meses
8. Guilherme	38	-Medicina - 10 anos -Especialização em Saúde da Família (concluindo)	Unidade de Saúde da Família	Médico na ESF	2 anos
9. William	39	-Medicina - 14 anos -Especialização em Saúde da Família (concluindo)	Unidade de Saúde da Família	Médico na ESF	11 anos

10. João	47	-Medicina - 19 anos -Especialização em Saúde da Família (concluída)	Unidade de Saúde da Família	Médico na ESF	6 anos
----------	----	--	--------------------------------	---------------------	--------

FONTE: HARTOG, 2008.

As entrevistas ocorreram durante o mês de janeiro, fevereiro, março e abril do corrente ano. Foram 10 entrevistados no total, com idades entre 26 e 48 anos, profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família, definindo assim o tamanho da amostra. O tempo de conclusão da graduação oscilou entre de 3 anos a 20 anos, sendo que todos os entrevistados evidenciam o comprometimento profissional em relação à capacitação científica assim como clareza em atender as exigências do mercado de trabalho em relação à necessidade da capacitação permanente.

Durante todo o período de construção desse estudo utilizamos o caderno de campo, íamos fazendo assim, o "artesanato intelectual", registrando observações de sala de aula; registrando falas de profissionais da área; leituras; observações do cotidiano, tentando garantir um arquivo que nos permitisse apreender o máximo possível os fatos e subjetividades relacionadas ao nosso estudo.

Apreender o mundo subjetivo parece estar relacionado com o que Minayo (2002) refere ao supor a necessidade do compartilhamento entre o mundo que observamos e os nossos pesquisados, com o mundo da vida do investigador (porque compreender é sempre compreender-se). Essa postura permite perguntar o porquê, em que condições? Buscando assim entender situações, valorizando determinadas coisas.

A situação de entrevista foi um dos momentos mais importantes dessa trajetória, desvelou muitas informações para a elaboração dessa dissertação. A cada encontro um novo mundo se abria, evidenciando concepções de vida e trabalho diferentes, e às vezes tão iguais, com relatos tão apaixonados e outros tão envoltos em decepções e ansiedades que aquele cenário contempla.

### 1.3.3 As entrevistas

A complexidade cada vez maior da realidade social exigem que se busquem estratégias metodológicas que viabilizem a maior compreensão dos fenômenos estudados. Assim, tendo em vista esta compreensão sobre o objeto deste estudo é que a pesquisa de campo foi realizada de modo a pontuar que "a intenção dos investigadores em ciências sociais não é principalmente descrever, mas sim compreender. É com vista a este esforço de

compreensão que lhes será necessário recolher dados". (QUIVY; CAPENHOUDT, 1992, p. 41).

Para tanto faz-se necessário compreender o método que permitiu a realização da pesquisa, entender o método significa conhecer o caminho a ser percorrido. Para Botomé (1997) o pesquisador precisa desenvolver comportamentos que permitam delimitar um problema de pesquisa científica e assim, delinear um método para obter dados que contribuirão para resolver o problema construído.

Optamos pela pesquisa qualitativa pelo fato de que ela permite construir categorias de análise, possibilitando a coleta de informações, contribuindo para compreender a subjetividade dos sujeitos e para explicar de forma mais aprofundada as diferenças, as articulações entre o individual e o coletivo, presentes no cotidiano das equipes de saúde. (MINAYO; DESLANDES, 2002).

Segundo Minayo (1999) a pesquisa qualitativa permite entender os fenômenos da organização social seus mecanismos de poder, controle e reprodução; permite compreender as relações que ocorrem entre os atores no âmbito das instituições, e no nosso caso, as hierarquias, concepções sobre o conteúdo das tarefas imbricadas com os processos de generificação. A pesquisa qualitativa representa, no caso desse estudo, a possibilidade não de quantificar, mas sim explicar o significado, desvelar a essência com relação à realidade social. Essa metodologia pressupõe as concepções epistemológicas e teóricas adotadas, em consonância com as técnicas que permitem apreender o mundo social em sua complexidade, e a capacidade de articular os conceitos e categorias teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas a serem usadas para se abordar o social. Assim, a ciência e a metodologia caminham juntas.

Segundo Minayo (1999, p. 22)

[...] a rigor qualquer investigação social deveria contemplar uma característica básica de seu objeto: o aspecto qualitativo. Isso implica considerar sujeito de estudo: gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados. Implica também considerar que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado, e em permanente transformação.

O desafio aqui foi compreender o entendimento dos médicos e das enfermeiras em relação às atividades do seu cotidiano, seu significado, seu lugar simbólico e prático e a interdisciplinaridade, isso significou considerar nesses sujeitos a sua crença, sua cultura e os seus valores. Evidenciando também que tanto o objeto das ciências da saúde como o das

ciências sociais é extremamente contraditório e em freqüente processo de mudança; ao mesmo tempo denota a necessidade de assumirmos o caráter compreensivo, interpretativo, que às vezes significa assumir a seletividade do pensamento, a ambigüidade dos sentidos e as tensões entre a reprodução das estruturas, simbólicas, suas rupturas e significações.

Conhecer esta realidade aponta para um momento de exposição dessa pesquisadora, onde se corre riscos, mas que também permite possibilidades de tirar proveito da discussão refletindo sobre possíveis erros. Kuhn (1994) fala do pesquisador como *homo academicus* que gosta do acabado, do bem feito, no entanto apresenta suas pesquisas na sua grande confusão, permitindo a oportunidade do entendimento sobre qual é o verdadeiro processo na elaboração de uma pesquisa, onde ocorrem muitas renúncias, embaraços e hesitações.

O processo de análise qualitativa utilizado foi o da hermenêutica-dialética que contempla uma abordagem crítica dos resultados da pesquisa, tendo em vista uma análise interpretativa. Para Minayo a hermenêutica se ocupa da arte de compreender textos, podendo ser textos que se referem à biografias, narrativas, entrevistas, documentos, livros, artigos, dentre outros. Na hermenêutica a linguagem nunca é considerada transparente, permitindo ou não se chegar a um entendimento sobre o objeto de estudo. É através da hermenêutica que se pode compreender o mundo social, ou seja, é através da hermenêutica que parece surgir a possibilidade de uma interpretação mais aproximada da realidade.

A autora comenta que, a leitura de qualquer realidade constitui um exercício de reflexão sobre a liberdade humana, não existe determinação total dos acontecimentos, e nada e nem ninguém está aí "por causa do outro". Para a autora o método hermenêutico-dialético permite que se coloque a fala, tentando entendê-la a partir do seu interior e no campo em que é produzida. A hermenêutica, como uma prática interpretativa pode ter seus procedimentos assim resumidos:

[...] Buscar as diferenças e as semelhanças entre o contexto do autor e o contexto do investigador. Explorar as definições de situação do autor que o texto ou a linguagem em análise permite. [...] o mundo da cotidianidade onde se produz o discurso é o parâmetro da análise, pois é o único mundo possível do consenso, da compreensão ou do estranhamento da comunicação intersubjetiva. [...] Supor compartilhamento entre mundo observado e os sujeitos da pesquisa com o mundo da vida do investigador [...] Buscar entender as coisas e os textos 'neles mesmos', distinguindo o processo hermenêutico do saber técnico. (MINAYO, 2003, p. 99).

Minayo (1999) e Sarmiento (2003) referem-se às entrevistas como forma de coletar os fatos relatados pelos sujeitos que vivenciam uma determinada realidade que está sendo estudada, segundo a autora esse é o momento mais formal do trabalho de campo, onde o



pesquisador coleta a informação através da fala do entrevistado. Sendo que as entrevistas têm como objetivo verbalizar o pensamento e identificar as formas de interpretar temas diversos na realidade social, assim a entrevista pressupõe a espontaneidade, onde os entrevistados podem se explicar, onde contam sobre si, encontrando as razões e as sem-razões porque se age e vive, para o pesquisador uma escuta ativa e metódica. Para Quivy e Copenhoudt (1992) a entrevista, seguida de uma análise de conteúdo, possibilita [...] efetuar um trabalho de investigação aprofundado, que, quando conduzido com a lucidez e as precauções necessárias, apresenta um grau de validade satisfatório. (p.200).

A opção por entrevistas semi-estruturadas aconteceu em decorrência de parecer permitir a captura do que está além do aparente, tendo em vista buscar a compreensão mais profunda do objeto estudado. Assim, a entrevista vista como uma forma de evidenciar que existem outras maneiras de compreender os fatos, diferente da visão inicial proposta por esta pesquisadora, forneceu dados para a compreensão das relações entre os pesquisados e o mundo social recortado por esse estudo.

O roteiro das entrevistas (Apêndice A) foi elaborado, tomando o cuidado em não induzir respostas, sendo claras, compreensíveis, permitindo a descrição do fenômeno pesquisado. Seguindo essas orientações essa técnica foi utilizada da maneira mais aberta possível para que os entrevistados pudessem apresentar sua própria concepção sobre o tema.

A análise dos dados decorreu a partir das narrativas coletadas nas entrevistas como através de material de observação que estamos realizando desde que o curso de mestrado teve início. Os depoimentos das entrevistas foram relacionados às observações que vinham sendo feitas desde o início da carreira profissional da autora.

Trilhamos o seguinte caminho: 1) ordenamos os dados das entrevistas transcritas e na sequência agrupamos as questões por temas o que permitiu manter os elementos presentes para cada sujeito pesquisado. 2) classificamos os dados segundo o quadro referencial teórico e as informações obtidas no campo.

O conjunto de dados resultantes das entrevistas permitiu um corte realizado de acordo com os objetivos dessa dissertação, assim, destacamos para a análise pontos relevantes que contribuíram para explorar experiências reveladoras que traduzem informações fundamentais expressas na conclusão.

Tendo a intenção de construir uma compreensão sobre os significados atribuídos as relações relativas a gênero e de poder no trabalho de médicos e enfermeiras que atuam na ESF. Entrecruzamos de teoria e campo para propiciar uma espiral que visava à totalidade;

tentando relacionar dialeticamente a teoria e a pesquisa de campo, num entrelaçamento que levasse a compreensão dos significados sobre o problema surgido na pesquisa.

Estudar as relações entre médicos e enfermeiras pela perspectiva de gênero possibilitou observar e compreender um pouco da subjetividade e modo como ela também se organiza estruturalmente na ESF. Essa dissertação é um esforço no sentido de uma interface entre valores, campo, contexto e relações sociais partilhadas.

No próximo capítulo apresentamos alguns aspectos teóricos relativos à trajetória da saúde pública no Brasil para podermos inserir nossa análise na relação complexa dos desafios apresentados no campo da saúde pública.

## **2. DA ASSISTÊNCIA MÉDICA CURATIVA À SAÚDE COMO DIREITO DE TODOS GARANTIDA PELO ESTADO**

### **2.1. RESGATE HISTÓRICO SOBRE A CONSTRUÇÃO DO SUS**

A opção de enveredar por esse caminho deve-se a necessidade de resgatar a trajetória da política de saúde no Brasil pontuando como a Reforma Sanitária e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) desembocaram na implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia do cuidado em saúde da população brasileira.

Essa história mostra que o SUS foi concebido concomitantemente ao processo de democratização do país, onde a grande tarefa é a viabilidade de controle da sociedade sobre o Estado, controle este que pretende o empoderamento<sup>15</sup> das pessoas, que devem ser capazes para o exercício de cidadania e autonomia. Para tanto, há necessidade de uma reorganização dessas propostas democratizantes, para que realmente falem da participação efetiva e incluyente da população.

A Constituição Federal (BRASIL, 1988) mudou a forma de organizar a vida política - administrativa do Brasil, visando a participação da sociedade no sentido de participar da construção das políticas públicas, incentivando o exercício da cidadania.

Na saúde, essa mudança ocorreu desde o seu próprio conceito, visto não apenas como ausência de doença, mas sim como o resultado da qualidade de vida que é o reflexo das condições sociais, econômicas e ambientais nas quais está inserida a população. Saúde como um direito de todos e um dever do Estado - como uma obrigação pública. Ou seja, através da lei 8080/90, Art. 3º - "A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País." (BRASIL, 1990).

Nessa perspectiva, na sociedade atual a saúde (ou o que se fala sobre ela) ganhou uma importância fundamental. Nunca como hoje, as pessoas foram tão levadas a tomar a saúde como um dos principais modelos de referência nas suas vidas.

---

<sup>15</sup> O empowerment ou empoderamento surgiu com os movimentos de direitos civis nos Estados Unidos nos anos 70, ação social que promove a participação de pessoas e comunidades em ganhar controle sobre suas vidas na sociedade, garantindo o direito à informação e à melhoria das condições de trabalho. Empoderamento como fruto da interação entre os movimentos feminista e de educação popular, que segundo Freire (2001) permite pensar que só aprende aquele que é capaz de aplicar o aprendido às situações do cotidiano, dessa forma o conceito de aprendizagem está diretamente vinculado ao processo de empoderamento.

Isto se torna evidente na história da medicina, na luta constante pela garantia da melhoria de vida das populações. Essa história pode ser confundida com a história da humanidade (SILVA, 2003), evidenciando há séculos atrás desde os procedimentos de magia<sup>16</sup>, a influência de deuses e religiões a descobertas como as bactérias, os antibióticos, os indivíduos através da medicina, tentam construir uma realidade consciente de enfrentamento das doenças e da morte.

Os maiores problemas de saúde que as sociedades enfrentaram sempre estiveram relacionados com a vida em comunidade, na Grécia (443 a.C.) encontramos relatos de médicos que percorriam as cidades prestando assistência às famílias, de casa em casa, orientando-as. (ROSEN, 1994). E é nesta busca, do enfrentamento da doença que a medicina vem reiventando-se desde os primórdios da civilização.

A medicina moderna fixou sua própria data de nascimento no final do século XVIII, propondo a reorganização do espaço manifesto e secreto que se abriu quando um olhar milenar se deteve no sofrimento dos indivíduos (FOUCAULT, 1994). Verifica-se assim, o rejuvenescimento da percepção médica, a iluminação viva das cores e das coisas sob o olhar dos primeiros clínicos. Este olhar deixa de ser redutor, e assim torna-se possível organizar em torno do ser humano uma linguagem racional. Possibilitando a experiência clínica, numa reordenação formal e em profundidade, deixando no passado teorias e sistemas, permitindo assim, identificar o indivíduo através de um discurso de estrutura científica.

A clínica revela uma nova estrutura, evidenciando, segundo Foucault, um estatuto local que situa o ser da doença, com suas causas e seus efeitos, em um espaço tridimensional. Assim podemos presenciar um novo diálogo entre o médico e o doente “onde lhe dói?”. Permitindo a relação do significante com o significado que se redistribui, e isto em todos os níveis da experiência médica: entre os sintomas que significam e a doença que é significada, entre a lesão e o mal que ela assinala. A nova clínica, da clínica das espécies para uma clínica do olhar. O olhar que produz conhecimento médico, conhecimento este com toda uma linguagem própria, conhecimento científico, veiculado através do discurso que sustenta o pensar clínico, que permite o diagnóstico = olhar mais aprofundado que vê a doença com mais naturalidade.

---

<sup>16</sup> Procedimentos mágicos ligados às práticas diárias em relação a doença, vista como resultado de forças sobrenaturais, como espíritos maus que tomavam conta do corpo, fazendo com que os doentes fossem abandonados, mutilados ou mortos.

Foucault (1994) permite analisar a espacialização terciária, denominando-a como o conjunto dos gestos pelo qual a doença, em uma sociedade, é envolvida, medicamente investida, isolada, repartida em regiões privilegiadas e fachadas, ou distribuída pelos meios de cura, organizados para serem favoráveis. Ao referir-se a espacialização, Foucault aponta o hospital e a civilização como lugares artificiais onde a doença corre o risco de perder seu aspecto essencial. Para o autor, o lugar natural desta, seria o lugar natural da vida, a família onde se encontra o afeto e o desejo de cura. Talvez este seja um dos significados do direcionamento atual da ESF, ao realizar o seu trabalho no domicílio, produzindo o cuidado, entendido segundo as diretrizes do SUS - como medidas de atenção, acolhimento, vínculo, construção da autonomia e tentativa de resolubilidade.

Por outro lado, retomando o que diz Foucault até o final do século XVII é possível identificar que o Estado só atuava em relação à saúde da população através de medidas higienistas, ou seja, através de ações preventivas no caso do aparecimento de epidemias. Utilizar a expressão "medidas higienistas" nos remete a compreender o sentido de Higiene Pública. Que segundo Foucault (1972) em *O nascimento da Medicina Social*, evidencia que o entendimento sobre a Higiene Pública era relacionado ao conceito de salubridade. O autor afirma que salubridade é o conjunto de elementos que permite a conservação da saúde dos seres humanos em sociedade. O século XVIII vai trazer uma grande crítica às fundações hospitalares, evidenciando assim o modo como o pensamento político reflete a questão da assistência.

Na França do século XIX, esta assistência estará inserida na Medicina Social, onde a higiene pública é utilizada como controle político-científico do meio, visando o aprimoramento das instituições sociais responsáveis pela conservação da saúde. Assim, a garantia de saúde nesse momento resume-se às ações de controle da disseminação de doenças, portanto lavar as mãos, ou trocar de roupas eram atitudes que poderiam prevenir possíveis doenças.

Nesse século, com a Revolução Industrial esse cenário aponta novo quadro. Com a saída dos trabalhadores dos campos e a sua concentração nas cidades aconteceram mudanças na vida social que exigiram novas necessidades, tais como a construção dos hospitais, de esgotos, escolas, controle do lixo, doenças entre outros. Desta forma, garantir a assistência da população e destas novas necessidades, significaria também beneficiar as cidades que dela necessitavam, seguindo o objetivo maior que seria o de aliviar o Estado.

Tardiamente, auxiliando na eficácia de Políticas Públicas que começam a ser ordenadas, tendo em vista retirar a benevolência, ou seja, o caráter de caridade e filantropia

em relação à assistência à saúde, verifica-se os primeiros movimentos em relação à saúde como um direito do cidadão, tentando assim garantir a saúde das famílias, principalmente à dos trabalhadores. Torna-se evidente, cada vez mais concepções sobre a necessidade de uma medicina ligada ao Estado, que fosse capaz de praticar uma política de assistência - uma função nacional. Garantindo cuidados gratuitos assegurados por médicos que o governo indenizaria, pagando-lhes as rendas eclesiásticas. Uma medicina garantida pelo Estado, que deveria controlar e impedir a ação de charlatões, uma proteção legal visando à cura. Ou seja, uma promessa de atendimento individual, uma garantia de assistência familiar, dos cuidados no domicílio tendo em vista apoio em uma estrutura coletivamente controlada.

No caso do Brasil, através do estudo sobre a saúde pública no país, evidencia-se a trajetória da República no artigo de Motta (1997), sobre os movimentos sociais e a construção do SUS. O autor analisa a importância dos movimentos sociais e sua contribuição no processo de construção do novo sistema, afirmando que a Política de Saúde no Brasil passou neste período evidenciado acima, por grande mudança deixando de prestar somente assistência médica para o atendimento à população como um todo, como direito à saúde garantida pela Constituição Federal (BRASIL, 1988).

Somente a partir do século XIX os serviços de saúde surgiram no Brasil, com uma característica peculiar com péssima organização, fundamentada na "polícia médica". A nova abordagem na relação saúde e sociedade foi desenvolvida através das noções de polícia médica, os médicos higienistas exerceram na sociedade do Brasil Império, práticas médicas articuladas aos projetos de reorganização social. (ROSEN, 1994), assim para garantir a sua saúde o indivíduo deveria ter bom comportamento, ou seja, ter saúde estava relacionado à uma atitude de responsabilidade única do indivíduo. A política de saúde pública permeava-se pelo no controle de doenças e ações voltadas à imunização.

Motta (1997) evidencia que as políticas de saúde deste período foram baseadas em decisões tecnocráticas, adotando estilo repressivo de intervenção, o que gerou uma estrutura administrativa muito centralizadora e corporativa, desta maneira causando grande dificuldade à participação da população no processo de planejamento e decisão da política de saúde.

Em 1904, efetiva-se a Reforma Oswaldo Cruz, criando o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela e a Inspetoria de Isolamento e Desinfecção, tendo como objetivo maior combater a malária e a peste no Rio de Janeiro, obrigando a população a submeter-se à vacinação e a revacinação contra a varíola. Desta maneira foi estabelecida uma espécie de brigada contra os mosquitos transmissores de febre amarela, com medidas extremamente

repressivas. Ocasionalmente muita rejeição e conflito junto à população, denominada posteriormente como Revolta da Vacina (LAMARÃO, 1991).

O processo de organização da saúde pública brasileira foi a resposta das classes dirigentes do período, em relação a ameaças que impediam o desenvolvimento da abertura de novas relações econômicas no país. Surge daí as primeiras discussões sobre a necessidade da organização das ações em saúde no país, num cenário constituído pela resistência popular às ações de saúde pública.

Os documentos daquele período demonstram que, as campanhas sanitárias deram "visibilidade à insensibilidade estatal diante das reivindicações de saúde" da população, no entanto este modelo de atendimento de saúde perdurou até a década de 20. Na década de 1930 o país apresentaria grandes transformações em relação ao desempenho do Estado no sentido de discutir mudanças em relação aos direitos sociais, os trabalhadores contavam apenas com benefícios previdenciários garantidos por empresas e caixas de aposentadorias e pensões – CAPS.

Cabendo a grande parcela da população trabalhadora buscar os serviços públicos de saúde ou ao atendimento dos profissionais liberais, em virtude de estar excluída dos benefícios citados. A política nacional de saúde previa um atendimento restrito, também eram limitados os recursos financeiros para garantir o funcionamento de sua estrutura organizacional.

Entretanto, ressaltam o caráter restrito desta política. Restrito porque a amplitude de sua cobertura populacional era limitada, como também eram limitados os aspectos técnicos e financeiros de sua estrutura organizacional. Esta crise no atendimento em saúde não ocorreu só no Brasil, identificada em países centrais originada por dois conflitos postos no estado de bem-estar social e a na forma mecanicista da medicina curativa.

Por essa razão o surgimento da proposta de uma nova forma de desenvolver o trabalho em saúde da população, visando o bem-estar da comunidade, modificando o atendimento pautado na doença (modelo curativo), valorizando a transformação da percepção médica sobre o conceito de saúde e de doença. Cabendo assim, ao Sistema Único de Saúde (SUS) integrar todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral com participação da comunidade, numa política pública de proteção social, universalista e equitativa de atendimento de saúde.

Insatisfações, questionamentos por parte da população atendida pelas políticas públicas acabam gerando um processo de mobilização da sociedade, iniciado pelos

movimentos sociais dos anos 70, 80 e 90. Constituído inicialmente por uma parcela da intelectualidade universitária e dos profissionais da área da saúde.

O movimento de luta pela melhoria da saúde no Brasil, nasce nas universidades brasileiras nos anos 70 e utiliza a sala de aula, através das palavras, e a escritas através de raras publicações de dissertações de mestrados e teses de doutorado. (BERTONE, 2002, p. 14) Segundo Cutait (1998) procurou-se consolidar o processo de expansão da cobertura assistencial iniciado na segunda metade dos anos 70, em atendimento às proposições formuladas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) através de encontros, tais como a Conferência de Alma-Ata (1978)<sup>17</sup>; que preconizava "Saúde para Todos no Ano 2000", principalmente por meio da Atenção Primária à Saúde, resultaram em toda uma reavaliação do atendimento em saúde.

As discussões realizadas em Alma - Ata direcionam as políticas e os programas da OMS tendo em vista a tentativa de disponibilizar à todo cidadão a atenção básica vinculada à todos os demais níveis de um sistema de saúde. Reajustando-se as peculiaridades sociais e econômicas e perfil epidemiológico, assim como a relação com o nível de desenvolvimento do sistema de saúde dos países vinculados à essa proposta de educação em saúde, alimentação e nutrição adequada, água potável e saneamento básico; trabalho direcionado à assistência materno-infantil, campanhas de vacinação, prevenção e tratamento das doenças endêmicas assim como distribuição de remédios básicos.

Estas discussões incentivaram movimento em prol da Medicina Preventiva e a necessidade de rever o sistema de assistência à saúde no Brasil, desencadeando a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, realizada em Brasília. Esta Conferência tem como resultado o engajamento político de uma parcela da população, recebendo grande influência de partidos da esquerda, buscando uma maior compreensão dos processos que envolvem a doença e a cura, dando ênfase na saúde e no controle desta pela sociedade, negando o modelo anterior centrado na doença resolvida somente pelo médico.

Assim a Medicina Preventiva começa ser pensada como:

[...] a leitura liberal e civil deste campo de tensões, pretende redefinir as responsabilidades do médico, mantendo a natureza do seu trabalho, ampliar o seu espaço social, mantendo a organização hospitalar e de consultórios privados, desenvolver uma preocupação social, mantendo o exercício médico como uma

---

<sup>17</sup> A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorreu em Alma-Ata (capital do Cazaquistão) em 12 de setembro de 1978, organizada pela ONU( Organização da Nações Unidas) e a UNICEF (Fundo das Nações Unidas de Proteção à Criança) evidenciando a ação urgente de todos os governos e os que trabalhavam na área da saúde visando promover a saúde de todos os povos do mundo.



atividade de troca, diminuir o custo da atenção médica, mantendo o processo de medicalização e de tecnificação do cuidado, melhorar as condições de vida das populações, mantendo a estrutura social. (AROUCA, 1975, p.170).

Posteriormente, incorporaram-se ao movimento vieram outros segmentos da sociedade, como centrais sindicais, movimentos populares de saúde e alguns parlamentares, na sequência através das Ações Integradas de Saúde (AIS)<sup>18</sup> tendo a oportunidade de efetivamente participar no planejamento e na administração do setor saúde como um todo, mediante a criação dos órgãos colegiados gestores, CIS (Conselho Interinstitucional de Saúde), CRIS (Conselho Regional Interinstitucional de Saúde) e CIMS (Conselho Interinstitucional Municipal da Saúde).

O movimento da Reforma Sanitária buscou a melhor adequação da garantia de saúde da população.

A mobilização em torno dos problemas sociais no início da década de 80 não só favorece o debate sobre as reformas no setor de saúde em todo o país [...] o Movimento de Reforma Sanitária lidera os impulsos de mudanças nas políticas de saúde envolvendo ainda funcionários públicos, professores universitários, sindicalistas e associações profissionais. A 'participação da comunidade' na gestão e controle do sistema de saúde, através de conselhos nos níveis nacional, estadual e municipal, passa a ser uma das metas propostas a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, da qual participaram muitos membros das redes movimentistas bem como destacadas lideranças, investidas de saber técnico-competente ou de mandatos eletivos. (DOIMO, 1995, p.113).

Para a autora o Movimento de Saúde no Brasil é o mais bem-sucedido movimento reivindicativo de ação direta, no que se refere à institucionalização de canais legais de controle e participação em políticas públicas. Este processo foi baseado em modelos internacionais, que evidenciavam o trabalho nesta área, respaldando a promoção da saúde, como um dos objetivos cada vez idealizados pelos governos atuais.

Arouca ao referir-se à Reforma Sanitária, evidencia que estava em curso uma reforma democrática:

[...] não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. (AROUCA, 1998, p. 1)

<sup>18</sup> As Ações Integradas de Saúde (AIS) foram estabelecidas em maio de 1984, primeira iniciativa de co-gestão e de universalização da atenção à saúde. Uma nova estratégia de reformulação do Sistema Nacional de Saúde, de extrema importância para o processo de descentralização da saúde.

A 8ª Conferência foi também resultado do processo de reformas pelas quais passava o país e da discussão realizada através de muitas conferências municipais e estaduais. Segundo Mendes (1999), essa Conferência teve como desdobramento um conjunto de trabalhos técnicos elaborados pela Comissão Nacional de Reformas Sanitárias, influenciando significativamente a partir de 1987, a implantação do SUDS e a elaboração da Constituição brasileira. (BRASIL,1988).

Após um ano de instauração da Nova República, a convocação da Assembléia Nacional Constituinte, a implantação do Plano Cruzado, "que entre outras medidas congelou preços e acabou com a inflação; o país vivia um intenso processo de mudanças e esperanças." (BERTONE, 2002, p. 76). Esse momento foi de grande relevância para o atendimento de saúde no Brasil, que viveu profundas alterações passando de simples assistência médica a direito à saúde, as políticas públicas foram ordenadas de maneira a garantir saúde e qualidade de vida através da ação do Estado.

A Carta de Ottawa<sup>19</sup> define os campos de ação da promoção da saúde. São eles: a elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; a criação de ambientes favoráveis à saúde; a participação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde.

Nessa seqüência, sob forte influência da discussão mundial, em resposta a necessidade de melhoria da qualidade na atenção básica de saúde, posta nos movimentos reivindicatórios da sociedade civil organizada, foi implantado em 1990 o Sistema Único de Saúde.

O entendimento da construção do SUS e as ações que se seguiram possibilitam identificar a implantação do Programa Saúde da Família, como uma estratégia proposta pelo Ministério da Saúde; que não tem origem recente, ao contrário, provém de modelos internacionais e de experiências anteriores, as quais possibilitaram a construção, o aperfeiçoamento e a expansão desse novo paradigma de atenção à saúde.

Segundo Silva (2003) a partir dos anos 50, a Medicina Familiar passou a ser adotada em diferentes países, embora os princípios da Medicina Familiar sejam universais, as

---

<sup>19</sup> Resultado da I Conferência Internacional Promoção realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, a Carta de Ottawa contribuirá para se atingir Saúde para Todos no Ano 2000, discutida Alma-Ata. Esta conferência foi resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, movimento que vem ocorrendo em todo o mundo. Discutiram-se as necessidades em saúde nos países industrializados, baseadas nos progressos alcançados com a Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde, com o documento da OMS sobre Saúde Para Todos. (OMS - Carta de Ottawa, 1986, p. 11-18.).

habilidades, os conhecimentos, a forma de atuar da equipe de saúde de família varia de acordo com aspectos como as enfermidades locais mais comuns, os recursos disponíveis e a proximidade com outros serviços de saúde.

No Canadá e EUA a equipe de saúde participa da atenção a pacientes hospitalizados, já no caso do Reino Unido e em alguns países da América Latina suas atividades se restringem ao atendimento ambulatorial. No Canadá o sistema de saúde é fundamentado nos princípios: universalidade, integralidade, gestão pública e acessibilidade, conferindo, desta forma, o direito à saúde a toda a população, em todos os níveis de atenção.

A Medicina de Família na Inglaterra levou mais de cinquenta anos para edificar a atenção à saúde integral ao indivíduo e à família e atualmente serve de modelo para muitos países inclusive o Brasil. No entanto para Mendes (1999) é o modelo de saúde do Canadense que mais influenciou a política pública de saúde no país principalmente na promoção e prevenção da saúde.

Em 1980 no Chile foi implantado o modelo de saúde familiar baseado na continuidade do cuidado com a atenção para toda a família, em todas as etapas do ciclo vital; na forma integral de incluir todos os níveis de atenção, porém enfatizando a promoção e a prevenção; no enfoque biopsicossocial, porque se promoveu a mudança do paradigma biomédico para um enfoque holístico; no cuidado personalizado, sendo, porém, a família a unidade de atenção. (SILVA, 2003)

Segundo Ordóñez (1995) em 1984 Cuba implantou o Programa Médico de Família, que não estabelecia uma relação de subordinação entre os diferentes níveis, ao invés disto, representando uma verdadeira interface de relações de apoio e fortalecimento. Conceituam a atenção primária como parte de uma totalidade da qual fazem parte, consideram o âmbito de ação do médico da família o principal responsável pelo sucesso obtido na saúde da população.

O SUS está inserido no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência, é visto como a maior política de inclusão social do Brasil. O sistema desenvolve ações e serviços que devem ser realizadas em consonância com as políticas e diretrizes aprovadas por Conselhos de Saúde (Conselho Nacional de Saúde, Conselho Estadual de Saúde e Conselho Municipal), compostos por representantes do governo, dos profissionais de saúde, dos prestadores de serviços e dos usuários. A ação dos Conselhos fundamenta-se nas discussões das Conferências de Saúde, que ocorrem cada quatro anos, nas três esferas de governo, tendo em vista avaliar a situação de saúde no país.

A Constituição Federal (BRASIL, 1988) define o SUS, através do artigo 198, evidenciando que as ações e serviços públicos de saúde fazem parte de uma rede regionalizada e hierarquizada, que seguem diretrizes que contemplam a descentralização; o atendimento integral, desenvolvendo ações preventivas, com cuidado especial aos serviços assistenciais; saúde da população fundamentada na participação da comunidade.

Esse artigo obedece aos princípios organizativos e doutrinários, resultado de um longo processo histórico e social, que buscou transformar as condições de saúde da população brasileira, prevendo a universalidade<sup>20</sup> ao acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência assim como a garantia da equidade<sup>21</sup>.

Rever os princípios e diretrizes do SUS tem o objetivo de problematizar o discurso sobre a democratização e participação da comunidade preconizada nesses princípios doutrinários. Ao contrário do discurso, a política de saúde no Brasil tem apresentado uma forma verticalizada de desenvolver suas atividades, pontuando medidas governamentais caracterizadas pela centralização nas formulações, verticalização de ações no cuidado em saúde. Muitas vezes as práticas de saúde não condizem com as reais necessidades da população assistida. Tomam os usuários, como se fossem carentes de um saber sobre a saúde, como meros objetos de programas que pretendem impor a participação da comunidade.

A proposta de ações tendo como objetivo o avanço da democratização evidenciada nos pressupostos do SUS, serve de referência para muitos questionamentos em decorrência de ameaçar formas de dominação ou ações fortemente estabelecidas no espaço próprio da medicina: expondo a crítica que se faz ao poder na área da saúde, o discurso de poder que silencia o paciente impondo uma disciplina médica como maneira de controlar o corpo e a mente. Como resultado desta nova ordem surge um novo discurso que polemiza as relações opressivas de poder na área da saúde.

Através desse discurso politizante uma necessidade de democratizar as ações em saúde buscando apoio na teoria freiriana<sup>22</sup> tentando assim "expulsar esta sombra (opressão)

---

<sup>20</sup> Universalidade representa o direito de todas as pessoas ao atendimento de saúde independente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda. Assim, deixam de existir os indigentes, como eram chamadas as pessoas que não eram incluídos no mercado formal de trabalho.

<sup>21</sup> Equidade visa diminuir as desigualdades existentes, no sentido de garantir que todo cidadão brasileiro é igual perante o Sistema Único de Saúde, sendo atendido de acordo com as suas necessidades. Os serviços de saúde devem considerar que em cada população existem grupos que vivem de forma diferente, tendo problemas específicos, apresentam modos diferentes de viver, de adoecer. O SUS não pode oferecer o mesmo atendimento à todas as pessoas, da mesma maneira, em todos os lugares. Dessa forma, algumas pessoas vão ter o que não necessitam e outras não serão atendidas naquilo que necessitam.

<sup>22</sup> "O sujeito que se abre ao mundo e aos outros inaugura com seu gesto a relação dialógica em que se confirma como inquietação e curiosidade, como inconclusão em permanente movimento da História." (FREIRE, 2005, p.136) A relação dialógica representa uma reciprocidade, a busca da compreensão do pensamento. Parte da idéia

pela conscientização, uma das fundamentais tarefas de uma educação realmente libertadora..." (FREIRE, 1986, p.37). Uma educação com vistas ao respeito do ser humano como pessoa, permitindo que a sociedade tivesse acesso à informação de sua saúde e de seus direitos na organização desse sistema de atendimento, impondo com esta prática uma mudança incontestável na forma de ocultar processos ou de valorizar práticas culturais não aceitas institucionalmente.

A Constituição Federal garantindo a universalidade do atendimento em saúde aumentou os serviços, centrados anteriormente no ambiente hospitalar. O Ministério da Saúde tendo em vista atender a população cada vez mais crescente, incentiva experiências de promoção da saúde e prevenção de agravos, valorizando intervenções da população, incentivando nos atendimentos a cultura do "saber-fazer" e os cuidados individuais e coletivos com a saúde. Surge uma nova perspectiva para a saúde, que não é mais uma questão imbricada ao saber médico, mas principalmente à política, onde vários saberes diversos se confrontam, complementando-se e influenciando no espaço social da saúde.

Considerando o contexto das mudanças demográficas e sociais ocorridas nas últimas décadas é possível identificar que por causa delas as políticas e programas recuperam a ótica da segmentação e a focalização de problemas ou voltam-se para determinadas modalidades de assistência ou de clientela. Ferindo respectivamente os princípios da equidade e da integralidade - como situações exemplares desse cenário, o Ministério da Saúde tem adotado políticas voltadas prioritariamente às ações básicas de saúde ou mesmo programas focalizados, nem sempre direcionados.

Essas ações da Atenção Básica visam o encontro com a população acontecendo pela emergência da doença que resulta na disputa pelo acesso ao atendimento individual. Momento crítico da relação onde o acolhimento é de suma importância, dado que a busca orientada pelo "sentir-se mal - a doença revela uma situação que envolve um estado de extrema expropriação - o sujeito que sofre - e uma rede de micro poderes, onde a recepção/triagem é o primeiro elo." (PEDROSA, 2007, p.19).

Para o autor, é integrando os atos de cuidado que a Estratégia de Saúde da Família se materializa, por meio dos programas de assistência farmacêutica, odontológica, saúde mental, idoso, adolescentes, saúde, direitos sexuais e reprodutivos entre outros. Propiciando assim, momentos de educação permanente para a equipe de saúde, tendo em vista

---

que a educação é um processo de diálogo, não deve simplesmente transferir saber, trata-se de um encontro de sujeitos que buscam compreender a significação dos significados.

problematizar o processo de trabalho diante da política e de suas regras, permitindo a recriação de tecnologias para práticas mais eficazes.

Para Dalcuche (2006) a ESF a despeito de constituir estratégias adequadas ao enfrentamento da extensão de cobertura e da correção de iniquidades, quando tomadas como ações únicas e isoladas do conjunto de outras necessidades em saúde tornam-se impróprias e ineficientes. Para as mulheres, esses programas buscam apenas potencializar os serviços de assistência básica à saúde (pré-natal planejamento familiar e prevenção do câncer de colo, por exemplo). É provável que o Brasil, orientando-se por modelos externos, em decorrência de muitos fatores, mas principalmente por características sociais, econômicas, culturais entre outras acabe por invalidar práticas que nada se identificam com a nossa realidade.

Segundo o Departamento de Atenção Básica – DAB, os resultados alcançados em 2007 somam um total de 27.324 Equipes de Saúde da Família implantadas, em 5.125 municípios, pauta-se nos princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade e tem a vigilância à saúde como norteadora de suas práticas. Atingiu desta forma uma cobertura populacional de 46,6% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 87,7 milhões de pessoas. (BRASIL, 2007)

Em dezembro do mesmo ano no Paraná, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), atingiu-se 1.563 equipes de ESF implantadas em 373 municípios. Sendo que em Curitiba na Região Metropolitana de Curitiba, segundo MS/ Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB identifica-se 245 ESF, dessas 159 encontram-se na capital.<sup>23</sup>

A ESF desenvolve ações através da equipe interdisciplinar de saúde visando reordenar a atenção à saúde, priorizando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de indivíduos e famílias, de forma integral. Verificam-se ações que prevêm o estabelecimento de vínculo e comprometimento com vistas à humanização do atendimento à população adscrita, privilegiando ações quantitativas que tem como objetivo atender com qualidade a população que dela necessita, realizando parcerias com as universidades e pessoal dos serviços de saúde.

---

<sup>23</sup> Dados disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Equipes.asp?VEstado=41&VComp=](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp?VEstado=41&VComp=)> Acesso em 13 jul.2008

## 2.2. A SAÚDE DA FAMÍLIA

Pensar a Saúde da Família significa tentar entender como se dá a dinamicidade da ESF e como ocorre o trabalho em saúde junto à família; explicar os seus princípios e também identificar a dimensão pedagógica e comunicacional da atividade do profissional da saúde para perceber como ocorre a sua generificação.

Reformular a Atenção Básica é uma preocupação em todo o mundo. Na sua grande maioria, todos os países buscam definir novas formas de organizar o seu serviço de saúde, apresentando algumas diferenças nas ações, com a presença do o médico numa atuação multiprofissional ou interdisciplinar, mas principalmente visando à prevenção e a promoção da saúde. No Brasil têm como princípio a universalidade do acesso, através da descentralização da gestão, a participação de equipes e a presença importante dos agentes comunitários de saúde. A organização da ESF tem como suporte a ação do Ministério da Saúde e das Secretarias de Estado da Saúde, destacando-se internacionalmente como o modelo de Atenção Básica.

### 2.2.1 A trajetória de construção do Programa de Saúde da Família (PSF)

Retomamos a construção do PSF a partir do que Foucault (1979) refere a respeito dos dispositivos tradicionais que utiliza para construir uma visão abrangente da história e retrair o passado. Daí seu empenho em desconstruir o pressuposto do ser - como - o simultâneo - sujeito e objeto da história em que se baseia a história contínua. Assim tentar compreender determinadas situações desse contexto para poder refletir as práticas atuais.

Entre os anos 60 e 70, o Brasil, como outros países da América Latina, foi intensamente influenciado pelo movimento chamado de “Medicina Comunitária”. Dois projetos nessa linha, o da Universidade de Brasília e, em seguida, o Curso Experimental da Universidade de São Paulo foram exemplos que não frutificaram porque inevitavelmente, contrariavam interesses pessoais ou de grupos. (SILVA, 2003).

Em 1974 o município de Porto Alegre iniciou uma experiência inovadora na atenção à saúde da população, que contou com a parceria da Secretaria de Saúde Estadual e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, na criação da Unidade de Saúde São José do Murialdo. Esta unidade trabalhou com os conceitos de atenção continuada às famílias nos postos de saúde e nos domicílios com população adscrita. O êxito dessa experiência pioneira serviu para a criação de outras unidades na cidade, inclusive com a migração de médicos

residentes e profissionais de saúde treinados na própria unidade, dando origem à implementação, em 1983, do Serviço de Saúde Comunitária (SSC), da Divisão de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), vinculado ao Ministério da Saúde. (SILVA, 2003).

A questão do acesso e da qualidade dos serviços de saúde ofertados à população passou a ser um dos grandes objetivos governamentais. Assim sendo, o Programa de Saúde da Família foi concebido a partir da reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993. Uma demanda de secretários municipais de saúde, para efetuar mudanças na Atenção Básica, motivou a convocação do Ministro da Saúde, de técnicos do Ministério da Saúde, secretários estaduais e municipais de saúde, consultores internacionais e especialistas em saúde pública. Ao final da reunião emergiu a proposta do Programa Saúde da Família e foi criada a Coordenação de Saúde da Comunidade (BRASIL, 1994). Este programa estava vinculado à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), até que, em 1995 foi transferido para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). Em 1999 o PSF passou para a Coordenação da Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS).

O PSF representou um eixo de estruturação da atenção básica de saúde, sendo que dentre os seus objetivos estava o enfoque da atenção, que passa a ser a família e o meio em que ela vive incorporando o princípio da vigilância à saúde e o trabalho em equipe. (PELLIANO, 1999).

Na realidade, a opção do Ministério da Saúde, ao institucionalizar o PSF como política nacional da Atenção Básica, foi adotar uma estratégia de organização do sistema de serviços de saúde do País. Esse programa contribuiu para a reorganização do modelo assistencial em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com a definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. (BRASIL, 1999).

As condições iniciais são desfavoráveis à implantação do PSF, não somente no campo do financiamento, mas também na ausência de uma política adequada de formação de recursos humanos e na própria descrença da sua capacidade de induzir mudanças no modelo assistencial, sofrendo assim, transformações ao longo da sua trajetória. Por outro lado, alguns autores se referem à população alvo desse trabalho como uma massa amorfa, indistinguível, desorganizada, consumista de medicamentos e que apresenta hábitos não saudáveis, sendo sua intervenção necessária e imprescindível, demonstrando que em sua atuação esses técnicos legitimam muito mais a instituição reprodutora desse saber que seu papel de sujeito social (PEDROSA, 2001). Onde essa fala se insere quando contraposta aos princípios da ESF que se



refere à população como sujeita de direitos, que devem ser respeitados em sua regionalidade, cultura e valores?

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) caracteriza-se como o elo entre a comunidade e a equipe que se responsabiliza pela atenção básica em saúde de uma área adscrita, cuja população deve ser de no mínimo 2.400 e no máximo 4.500 pessoas. O ACS não é o foco do nosso estudo, mas com certeza seu trabalho permite levantar alguns questionamentos em relação à sobrecarga que assume junto à equipe, realizando grande parte das tarefas previstas no domicílio, por outro lado estudos apontam para aspectos importantes em relação ao seu trabalho junto à equipe que de alguma forma interfere nos objetivos propostos pela ESF,

[...] ainda que o papel de mediação exercido pelo ACS seja uma unanimidade nos documentos e artigos consultados, esta mediação parece implicar em contradições que significam [...] prestígio e poder junto à população de sua área de atuação [...] desgaste ao absorver a pressão de pessoas da comunidade insatisfeitas com o serviço ou que procuram conseguir favorecimentos em termos de acesso. (BORNSTEIN, 2006, p.267)

Assim é possível identificar pontos de ruptura nessa proposta que se define tão democratizante e que pode estar simplesmente repetindo o modelo anterior revestida de um novo nome, de um novo discurso. Retomando a discussão sobre como a ESF organiza seu trabalho, verificamos que a população adscrita é cadastrada e acompanhada por esta equipe de saúde da família<sup>24</sup>, efetivando a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, sendo que estas ações podem ser realizadas na Unidade de Saúde da Família e no domicílio dos usuários, caso seja necessário. Deve haver nesta atuação uma articulação com os demais níveis de atenção do sistema de saúde do município. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenção que vai além das práticas curativas. (FRANCO; MERHY, 1999).

### 2.2.2 Princípios e diretrizes da Saúde da Família

<sup>24</sup> O Sistema Único de Saúde (SUS) completa 20 anos em 2008 e em comemoração aos 15 anos de implantação da Estratégia Saúde da Família, será realizada a *III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família*, no período de 05 a 08 de agosto de 2008, em Brasília/DF. O evento, promovido pelo Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde, tem por objetivo incentivar, divulgar e valorizar o trabalho das mais de 27,3 mil Equipes de Saúde da Família, que atendem mais de 88 milhões de brasileiros. Disponível em: <[http://www.abrasco.org.br/imprimir.php?opcao=pagina\\_principal](http://www.abrasco.org.br/imprimir.php?opcao=pagina_principal)> Acesso em: 01 maio 2008.

A ESF dirigida não somente para cura, mas principalmente para um trabalho de promoção da saúde, impulsionou a troca de um modelo de atenção com foco na assistência curativa e no sistema hospitalar, levando a saúde para mais perto das famílias e, com isso, tenta melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. Tendo um caráter substitutivo, complementar e hierarquizado, representa o primeiro contato da população com o SUS.

Desta forma, a saúde do indivíduo tratada em um contexto familiar, comunitário e dentro da realidade regional. A ESF, segundo Fortes (1998) ao referir-se à Humanização e Ética na Atenção Básica, busca através da reorganização da atenção à saúde uma nova postura das equipes, visando a incorporação de discussões acerca da necessidade de humanizar a assistência médico-sanitária em nosso país.

[...] Humanizar significa reconhecer as pessoas que buscam nos serviços de saúde a resolução de suas necessidades de saúde como sujeitos de direitos; é observar cada pessoa e cada família, em sua singularidade, em suas necessidades específicas, com sua história particular, com seus valores, crenças e desejos, ampliando as possibilidades para que possam exercer sua autonomia. Qualquer pessoa, independente de sua idade, tendo condições intelectuais e psicológicas para apreciar a natureza e as conseqüências de um ato ou proposta de assistência à sua saúde, deve ter oportunidade de tomar decisões sobre questões relacionadas à sua saúde, ou seja, poder agir como pessoa autônoma. (FORTES, 1998, p. 2).

A globalização e as reformas econômicas mudaram os padrões de emprego, de atenção à saúde, educação e outras políticas sociais. Neste contexto, o mercado de trabalho é precário e insuficiente para absorver esta mão-de-obra excedente, e muitas famílias pobres não podem investir na educação, nutrição e saúde dos seus filhos. Além disso, as famílias chefiadas por mulheres e por jovens, por pais com um baixo nível de renda, ou famílias de indígenas, contribuem para a reprodução das desvantagens de capital humano e da pobreza entre gerações.

Este conjunto de fatores impacta a vida doméstica, as relações familiares e de parentesco e as redes sociais. As práticas e decisões de diferentes gerações e grupos sociais transformam a composição e a estrutura dos domicílios, que vão se diversificando cada vez mais, em termos de provedores e co-provedores, número de filhos, famílias reconstituídas e experiência de conjugalidades que incluem gays, lésbicas e transexuais. Portanto já não são heteronormativos como regra geral. É neste cenário que a equipe interdisciplinar, das instituições públicas de saúde vem atuando. Trabalhando, no cotidiano, com o desafio de superar as adversidades que surgem no cotidiano, superar o discurso da doença, "que é um discurso sofrido para verbalizar, mas também difícil para ouvir [...] a doença rompe com

aquilo que é certo e confiável para o indivíduo, problematiza o seu cotidiano e faz com que ele tenha que reorganizá-lo e dar sentido para tudo o que está experimentando." (GIORDANI, 2004, p. 89).

Canguilhem (2002) discute a importância de estudar a saúde paralelamente ao estudo sobre a doença. Ao analisar a relação médico paciente parece que o médico não sente tanto a necessidade de encontrar o significado de saúde e doença, em decorrência de que a sua preocupação é outra que está ligada aos fenômenos vitais. Qual é afinal o entendimento que se tem sobre a doença?

Para Canguilhem

[...] O estado patológico ou anormal não é a consequência da ausência de qualquer norma. A doença é ainda uma norma de vida, mas é uma norma inferior, no sentido de que não tolera nenhum desvio das condições em que é válida, por ser incapaz de se transformar em outra norma. O ser vivo doente está normalizado em condições bem definidas e perdeu a capacidade normativa, a capacidade de instituir normas diferentes em condições diferentes. (CANGUILHEM, 2002, p. 146)

Dessa forma, o profissional da saúde pode reconhecer a dimensão humana do relacionamento com os pacientes, é necessário pensar neste relacionamento de maneira a encontrar caminhos que conduzam à transformação destas contradições, na busca de um trabalho social, que segundo Luchesi (1991) permita ao sujeito desvendar e utilizar-se das próprias condições da sociedade, para trabalhar criticamente pela sua transformação.

Segundo a Portaria Nº 648, (BRASIL, 2006), são atribuições comuns a todos os profissionais na ESF:

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;

III - realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;

V - realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;

VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;

XI - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;

XII - participar das atividades de educação permanente; e

XIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

#### SÃO ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS

##### **Do Enfermeiro:**

I - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde;

II - supervisionar, coordenar e realizar atividades de qualificação e educação permanente dos agentes comunitários de saúde, com vistas ao desempenho de suas funções;

III - facilitar a relação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e agentes comunitários de saúde, contribuindo para a organização da demanda referenciada.

As tarefas do enfermeiro descritas aqui nada tem a ver com o cuidado tradicionalmente referido. O enfermeiro está muito mais na estruturação, organização do serviço. Ele faz girarem em torno das suas decisões o serviço de todos os outros membros da equipe e isso não explicaria a tensão que o médico vive com esse profissional que tem redes de informação produzidas pelos agentes comunitários de saúde, tem as condições organizativas do serviço, tem o poder outorgado pelo MS para: planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde; supervisionar, coordenar e realizar atividades de qualificação e educação permanente dos agentes comunitários de saúde, facilitar a relação entre os profissionais das unidades de saúde.

Que relações de saber e poder estão imbricadas neste trabalho, qual o significado em termos de valorização na comunidade e na equipe, as enfermeiras entrevistadas em nosso estudo, ganham? Questões que nos remetem ao campo, no sentido de conhecer como o empoderamento dessa categoria profissional acontece nesse cenário.

**Do Médico:**

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações e outros);

III - realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, ginecoobstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos;

IV - encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;

V - indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;

VI - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos agentes comunitários de saúde, Auxiliares de Enfermagem, Auxiliar de Consultório Dentário e Técnico em Higiene Dental.

VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade de Saúde da Família.

Superando o conceito de saúde anterior à Reforma Sanitária que influenciava a forma de organização do sistema e o serviço à população, privilegiando o atendimento médico individual e hospitalar e a assistência médica curativa, em detrimento das ações de saúde pública de caráter preventivo e coletivo.

Em junho de 2007 Yves Talbot, professor de Medicina Familiar do Departamento de Gestão e Políticas de Saúde da Universidade de Toronto, Canadá, esteve em Brasília participando do Seminário Internacional: Os desafios do ensino da Atenção Básica na Graduação em Medicina. (BRASÍLIA, 2007).

Na ocasião apresentou-se o desafio da qualificação profissional para essas novas funções na ESF, Talbot referindo-se principalmente aos médicos que são em sua maioria formados com visão centrada nos hospitais, buscando especializações, vendo a realização profissional a partir de práticas privadas de sucesso. Asseverava que muitos deles não conhecem o trabalho de uma equipe de Saúde da Família. Durante sua fala no Seminário, tentou dirigir o manejo da suas transparências, sem resultado, uma ajuda lhe foi oferecida, ao que ele fez um comentário humorístico bem ilustrativo à realidade vivenciada pelas equipes no cotidiano do PSF: “Eu prefiro ter o controle. Eu sou médico. Eu não gosto de trabalhar em equipe”.<sup>25</sup> Uma brincadeira que possui um cunho de verdade, pois é possível que uma grande parte dos médicos que participam da ESF talvez não dêem conta de atingir os objetivos do trabalho em equipe.

Talbot ressaltou algumas características que deveriam fazer parte do médico de família afirmando que são clínicos qualificados; que representam um recurso social para uma comunidade definida; o trabalho do médico deve ser fundamentado na Medicina de Família que é baseada na comunidade; a relação médico-paciente é o preceito central do médico de família. Afirma ainda que, o médico de família não pode ser uma mistura formada por pedaços de um pediatra, de um ginecologista, de um clínico, de um sanitarista, de um cirurgião. Talbot diz que este médico é um outro profissional, que deve ser preparado para lidar com o indivíduo em sua totalidade, inserido em seu meio social e em sua comunidade.

Ao analisarmos o discurso de uma década atrás, de uma unidade formadora de médicos é possível identificar que ainda este discurso está desvinculado da realidade, basta observar o que se propõe em relação à formação:

[...] O curso médico de graduação visa à formação de profissionais que: estejam habilitados a prevenir, diagnosticar e tratar as doenças prevalentes da população; sejam capazes de estabelecer boa relação com os pacientes e com os demais integrantes da equipe de saúde; desenvolvam conduta ética adequada; tenham pensamento crítico, saibam raciocinar cientificamente e adquiram capacidade de auto-instrução; estejam aptos a desenvolver-se com aproveitamento em cursos de especialização, mestrado ou doutorado” (UFRJ, 1997, p.24).

Partindo desse entendimento onde o trabalho do médico ou da enfermeira na ESF deveria ser pensado como um espaço de democratização dos saberes e da participação da população suscita desta forma um questionamento - esse espaço pode estar demarcado por

---

<sup>25</sup> Relatório do Seminário Internacional: Os desafios do ensino da Atenção Básica na Graduação em Medicina Brasília julho/2007. Disponível em: <<http://www.sbmfc.org.br/News/Media/3830d790/Relat%C3%B3rio%20Seminar%C3%A1rio%20Internacional%20AB%20e%20Gradua%C3%A7%C3%A3o.pdf>> Acesso em: 13 dez 2007.

desigualdades de gênero e classe veiculadas nas suas concepções sobre o cuidado? Esse cuidado que para Canguilhem (2004) implica na adoção de instrumentos úteis à "produção do cuidado" e à gestão dos serviços de saúde.

Nessa perspectiva faz-se importante problematizar a situação de trabalho em que se reproduzem condutas e práticas de cuidado da parte dos membros da equipe da saúde da família, ações possivelmente hierarquizadas e perpassadas por relações de poder em que a divisão sexual do trabalho é demarcada por relações de poder. Revelando-se em um tema de investigação porque permitem pensar aspectos fundamentais na relação entre médicos, que tem o seu saber envolto por uma aura vinculada ao poder de cura e enfermeiras no interior da equipe. Numa relação que parece estar marcada pela desigualdade de gênero e que por isso, configuram políticas com critérios universais de cidadania, mas ainda não com experiências de igualdade entre os membros desse trabalho.

### 2.2.3. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família:

*O interdisciplinar não é algo que se ensine ou que se aprenda. É algo que se vive. É fundamental uma atitude de espírito. Atitude feita de curiosidade, de abertura, de sentido de aventura, de busca, de intuição das relações existentes entre as coisas e que escapam à observação comum.*

Hilton Japiassu (2000)

A idéia do trabalho em saúde pela perspectiva da interdisciplinaridade tem em vista garantir a atuação de vários profissionais no processo do cuidado e da promoção da qualidade de vida de seus usuários, tendo como um dos objetivos identificá-los com suas características bio-psico-sociais. O problema é exatamente identificar qual é a concepção de cuidado, e sob a responsabilidade de quem, na equipe da ESF ficará esta ação. Permitindo também pensar sobre o significado dessa atividade quando se passa pelo crivo das relações entre as profissões, entre os membros da equipe e pelo crivo da divisão sexual do trabalho, e da ordem simbólica generificada que fundamenta as relações de poder. Exatamente o poder, aqui estabelecendo um jogo, um jogo para definir quem detém esse poder.

Neste caso a análise de Scott (1994) é de extrema relevância, pois evidencia a necessidade de entendermos como ocorre a construção das hierarquias entre os gêneros. Realizado através de um estudo dos processos, das causas múltiplas, da retórica, do discurso, tentando entender o que elas significam.

Partir deste pressuposto significa interpretar também como os significados subjetivos e coletivos nas relações entre homens e mulheres foram construídos. Ao analisar a política da

ESF, que aparentemente se pretende neutra, embora não o seja, quando trabalham em equipe, homens e mulheres que se encontram diariamente. Observa-se que interagem muito pouco, tornando o trabalho possivelmente fragmentado, evidenciando a existência de relações assimétricas construídas para as relações entre os gêneros que reforçam a dicotomia entre o trabalho do médico e da enfermeira. Estabelece-se desigualdades entre profissões que cuidam e profissões que constroem saberes, e que são portadores do conhecimento científico, pontuando a existência de uma divisão de trabalho entre o manual e o intelectual. Esse entendimento parte da análise de gênero enfocando as relações sociais em que homens e mulheres fazem parte, evidenciando uma forma de ver o mundo a partir de uma concepção da relação social que é binária.

Assim, as relações estabelecidas nas práticas do trabalho na área da saúde conforme Pastore:

[...] apresentam uma concepção de oposição entre o tratar (saber e fazer médico) e do cuidar (saber e fazer de enfermagem). Percebe-se nesta relação um processo de antagonismo, que de certa forma foi “naturalizado”, provocando inquietações e necessidades de investigação sobre a existência de hierarquia e dominação nestas relações. Nossas hipóteses indicam a permanência da feminização no trabalho na área da saúde, principalmente nos setores da enfermagem, bem como uma crescente flexibilização nas relações de trabalho. (PASTORE, 2006, p.3)

Trazendo a análise de Pastore para o contexto da ESF, torna-se difícil entender como uma ação proposta com critérios de politização, no campo da saúde pode trabalhar com uma dinâmica de despolitização, na medida em que provavelmente feminiza as práticas de cuidado descolando-as de seu processo social, como um processo de cidadania ampla, situação que de fato não ocorre em relação a valorização do trabalho das mulheres.

A abordagem interdisciplinar, que tanto promulga o programa, deveria sim garantir uma ação e concepção que contribui para compreender e intervir sobre problemas de saúde, buscando, para resolvê-los, soluções conjuntas mais eficientes do que aquelas adotadas por cada profissional isoladamente (MATTOS, 2005).

Atualmente é possível que a dificuldade em realizar ações de educação em saúde ou desenvolver o atendimento à saúde da população pela via da interdisciplinaridade possa estar ocorrendo pelo processo de formação vinculada a prática do conhecimento médico, destinado somente ao diagnóstico das enfermidades e à terapêutica dos doentes.

Para Feuerwerker (2003) a atuação pela via da interdisciplinaridade é fundamental no cuidado em saúde, essa abordagem requer a interação e ruptura de limites normalmente



presente no ensino médico. Nessa perspectiva, na formação do profissional da saúde é essencial garantir a elaboração de um projeto pedagógico que prepare esses profissionais para que, em suas práticas cotidianas possam atender as necessidades de saúde da comunidade. Para a autora torna-se indiscutível tomar o cuidado como referência para essa formação assim como, levar em conta a urgência da inovação do conceito de saúde e da clínica. Nessa formação não basta ir até a ESF ou realizar algumas visitas domiciliares, é possível que o cuidado domiciliar represente um grande desafio que precisa ser vivenciado durante grande parte do processo de formação desses profissionais.

Em especial os médicos parecem demonstrar certa dificuldade em assumir o trabalho interdisciplinar, em algumas situações

[...] padecem de estigmas e expectativas sociais. Se por um lado podem ser objeto de adoração e reconhecimento por aqueles que gozam imediatamente de seus benefícios, são cobrados a nunca errar e sempre fazer viver mais ou não deixar morrer ninguém, como se estivesse ao alcance deles o próprio dom da vida. Tratado outrora quase como um membro da família, ascendentes e descendentes sabiam a quem recorrer em momentos difíceis, quando se mesclavam funções diversas, hoje realizadas por especialistas. (BARBOSA, 2007, p.12)

O médico, visto como um profissional privilegiado, sua atuação relacionada à cura das doenças, o médico que intercede como um técnico, como se reparasse um mecanismo perturbado, numa perspectiva da medicina tradicional, que não deveria atuar em conjunto com a sociedade, mas sim, numa relação evidenciada pelo saber científico, uma relação verticalizada entre médico-paciente.

Canguilhem (2004) afirma que no início da medicina moderna os médicos atuavam baseados em comportamentos derivados de padrões científicos e não em particularidades, seu trabalho era focado na competência técnica, eram objetivos, não era permitido o envolvimento emocional na relação com o paciente, nenhuma possibilidade da existência da subjetividade nesta relação. Uma relação posta na instituição médica-doença e não médico-paciente, assim o médico representaria a ordem médica e ao doente caberia adequar a sua queixa à cientificidade do discurso médico.

Para Foucault (2000), esta construção de saber científico acaba por produzir verdades inquestionáveis, internalizadas pela sociedade, que por sua vez acabam por legitimar relações de poder múltiplas, que atravessam, caracterizam e constituem o corpo social e que estas relações de poder não podem dissociar, se estabelecer nem funcionar sem uma produção [...] e um funcionamento do discurso. (FOUCAULT, 2000, p.179)

Assim, analisar as relações de poder no cotidiano da ESF entre médicos e enfermeiras, significa refletir sobre a desigualdade entre homem e mulher como nos fala Vila apud Rodhen:

As mulheres são feitas para a família e não podem se envolver em estudos intensivos, como fazem os homens. Nesse modelo de complementaridade, sua “empatia natural” e sua doçura representam a base das virtudes sociais. Elas precisam, então, respeitar essa ordenação natural para preservar a sua saúde, manter a ordem social e garantir o lugar “privilegiado” que ocupam. (VILA, 1995 apud RODHEN, 2003, p.208).

Faz-se necessário lançar um questionamento: - é possível dizer que a desigualdade de gênero tome conta das relações entre médicos e enfermeiras no cotidiano das equipes da ESF? É possível pensar que a interdisciplinaridade da proposta da ESF sofra enormes rupturas contrapostas ao campo de análise gênero, já que sob esse olhar revela-se a continuidade de estruturas desiguais de poder e o recrudescimento de formas desiguais de divisão sexual do trabalho?

Para analisar estas relações de poder retoma-se Foucault (1999) quando trata do tema da “Sociedade Disciplinar”, implantada a partir dos séculos XVII e XVIII, que consiste basicamente num sistema de controle social, um conjunto de técnicas que pretendia sujeitar os indivíduos tornando-os dóceis, úteis e obedientes. Parte de uma hierarquia gerada do poder central que se multiplica numa rede de poderes interligados. Desse modo, os indivíduos são catalogados tendo o objetivo de melhor controlá-los, representando assim, saber diretamente relacionado ao poder. Como estaria acontecendo a sociedade disciplinar na ESF? Conforme Deleuze (2006) identifica-se nestas relações o estabelecimento de forças relacionadas ao poder/saber, pontuando a desqualificação de conhecimentos acumulados pelas mulheres e que levou a sua substituição na teoria e na prática por médicos de sexo masculino que tiveram como parte dos seus grandes projetos disciplinares, a produção de corpos femininos dóceis, obedientes, maternais e sem sexo. Hoje se controla muito mais do que se disciplina. Para o autor os controles são uma moldagem que pode ser transformada continuamente, produzindo uma situação flexível de subjetividade que acaba sendo a chave do controle.

Para Foucault (1999) o poder dividido, catalogado para então, governar, evidencia que essa forma de controle ocorreu pela necessidade da burguesia se impor sobre as massas, que representavam um grande perigo, se levassem a sério os ideais da Revolução Francesa e do Iluminismo. Foucault (1999) refere-se ao sistema de controle social através da conjugação de várias técnicas de classificação, de seleção e de vigilância. Sobre este controle vai falar

também Deleuze (1992), trazendo uma reflexão sobre a rede de informações como "dispositivos moventes de controle", evidenciando a chegada de novos tipos de controle.

Com base nessas análises buscou-se refletir se há profissionais homens e mulheres capazes de atuar como formadores de processos de mudança em seus espaços de trabalho, ou se eles se inserem a disposição de uma prática neutra despolitizada. Assim, colocando os objetos do conhecimento como algo em si, um produto de fácil manipulação de interesses, ainda que disso não se dêem conta.

Essas ações em saúde no cotidiano da ESF podem ser espaço para o desvelamento das relações assimétricas entre homens e mulheres no cotidiano da equipe de saúde. Desta forma, segundo Wagner (2004) faz-se necessário buscar referências aplicáveis à realidade no trabalho, onde os princípios da Atenção Básica se mostrem compatíveis com o cotidiano desses profissionais.

Falar em trabalho significa evocar os princípios da ESF que estão previstos no ideário do SUS relacionados à equidade, ou seja, igualdade de tratamento perante a lei e participação social. As equipes de Saúde da Família devem realizar as ações de Educação em Saúde<sup>26</sup> o que necessariamente pressupõe o compromisso e o trabalho de toda a equipe no sentido de desenvolver uma prática educativa, voltada para a formação da cidadania. A atuação da equipe da ESF tem suas ações voltadas à promoção e prevenção de saúde, devendo propiciar condições ao usuário de tornar-se capaz, sujeito de sua própria história. Desta forma os profissionais devem ser capacitados para diagnosticar, intervir junto aos problemas da população, desenvolvendo estas atividades de educação em saúde, buscando promover hábitos de vida mais saudáveis, e também realizando o cuidado na residência.

O trabalho em equipe, embora não seja uma exclusividade da Saúde da Família, representa um de seus principais pilares. [...] A perspectiva da integralidade das ações favorece uma ação inter/transdisciplinar. [...] É necessário que o trabalho em equipe seja norteado por um projeto assistencial comum e que os agentes desenvolvam uma ação de interação entre si e com a comunidade. Para tanto, é imprescindível o desenvolvimento de uma prática comunicativa orientada para o entendimento mútuo. (ARAÚJO, ROCHA, 2007, p. 455)

---

<sup>26</sup> A Educação em Saúde, tem como objetivo: desenvolver nas pessoas a responsabilidade pela sua própria saúde, assim como da sua comunidade. A equipe do PSF desenvolve práticas que incentivam a população à participar da vida comunitária com vínculos de co-responsabilidade. A educação em saúde como processo de trabalho: não enquanto medida coercitiva de controle social, mas como instrumento que garanta aos indivíduos a compreensão de si mesmos enquanto cidadãos e enquanto membros participativos da sociedade, com direitos constitucionais em relação à saúde e vida.

Para Araújo e Rocha o trabalho em equipe tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. Assim, a interdisciplinaridade pode possibilitar através da ação de um profissional a reconstrução da prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na comunidade na qual desenvolvem seu trabalho. A abordagem integral do indivíduo/família é ampliada pelo entendimento e olhar de vários profissionais. A por ela mesma não garante o rompimento com a dinâmica do médico como o centro do atendimento, há necessidade de buscar a transformação dessa dinâmica do trabalho em saúde, na concepção e fazeres do cotidiano de cada profissional.

Por determinação do Ministério da Saúde a equipe da ESF é composta por um médico de família, generalista - preparado para atuar nas áreas básicas da saúde, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Esta equipe também pode contar com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental, dependendo da realidade de cada município que implanta a ESF.

Para que haja uma verdadeira integração entre esses profissionais emerge a necessidade das parcerias no trabalho interdisciplinar, tendo como premissa atuar junto aos problemas também decorrentes das relações psico-sociais, objetivando não um trabalho meramente assistencialista, de doação de recursos, mas principalmente, visando desencadear o processo de participação social. Para Goidanich (2001), a demanda de pacientes que necessitam deste atendimento em conjunto é muito elevada, ultrapassando a possibilidade do trabalho. Em muitos ambulatórios a solução encontrada para tal problema é de não escutar o indivíduo. Assim, a atuação em conjunto cria um espaço de escuta que permite o escoamento do problema inicial, visando a resolubilidade da situação.

Oliveira (2006) afirma que o indivíduo/família sentem-se satisfeitos ao terem seus problemas resolvidos e conseguem confiar na equipe permitindo maior envolvimento. O vínculo estabelecido melhora a qualidade da assistência porque os mesmos aderem aos programas e participam nas intervenções, além de possibilitar que as confidências pessoais ocorridas nas visitas domiciliares desenvolvam a compreensão de necessidades dos sujeitos e a ética das relações. A população reconhece o desempenho dos profissionais e a efetividade do trabalho, o que facilita a disseminação da ESF.

[...] o trabalho em equipe permite a continuidade do acompanhamento e maior envolvimento com os familiares por meio da abordagem de toda a equipe. Assim, é importante que seus membros tenham boa interação. As agentes comunitárias de saúde, que por vezes, não são valorizadas, constituem-se em elementos fundamentais de ligação entre a comunidade e a equipe [...] O enfermeiro tem

importante papel de coordenação e integração, incentivando os membros da equipe para o oferecimento de assistência integrada e com qualidade. (OLIVEIRA, 2006, p.729)

As ações da equipe interdisciplinar de saúde evidenciam questões muito importantes a serem pensadas. Oliveira refere-se ao trabalho dessa equipe como a realização de tarefas compartilhadas entre indivíduos que contribuem para a efetivação do sucesso. Para ela, "esta noção, quando está deslocada de condições particulares e concretas, pode transformar-se em símbolo mítico do ideal de prática em saúde ou em solução mágica e apaziguadora dos conflitos entre as diferentes áreas profissionais". (p.728).

A estas condições concretas está inserida a divisão do trabalho, a desigualdade no trabalho, os diferentes graus de autonomia profissional, a diversa legitimidade técnica e social dos vários saberes implicados. Dessa forma, o trabalho em equipe supõe a interação entre os agentes envolvidos, buscando o entendimento e reconhecimento de autoridades e saberes assim como a possibilidade da autonomia técnica. E é exatamente nestas ações que talvez seja possível identificar um ponto de ruptura com o discurso da interdisciplinaridade, apresentando neste cenário, relações conflituosas, implicando nas diferenças entre os papéis profissionais que deveriam assumir médicos e enfermeiras, homens e mulheres quando trabalham em conjunto.

Ao estudar a questão do poder no trabalho em equipe, como um elemento importante nas relações entre médicos e enfermeiras recorreremos a Saffioti quando afirma que

[...] Não se está, de forma alguma, afirmando que as mulheres são santas. Ao contrário, elas participam da relação de violência, chegando mesmo a desencadeá-la. Nem por isto, porém, a mulher detém o mesmo poder que o homem. [...] Trata-se de uma correlação de forças que muito raramente beneficia a mulher. Socialmente falando, o saldo negativo da violência de gênero é tremendamente mais negativo para a mulher que para o homem. (SAFFIOTI, 1994, p.446).

Assim, a elaboração do conceito de gênero passa pela:

[...] naturalização das diferenças que foram socialmente construídas, podendo, por conseguinte, ser transformadas. No contexto do pensamento ideológico, a apresentação das diferenças como naturais constitui uma necessidade. Sem este requisito, o uso da diferença, para fins discriminatórios, não alcança eficácia política. (SAFFIOTI, 1994, p. 277).

A necessidade de recorrer aos contextos históricos nos quais se apresenta a realidade social assim como no contexto da saúde onde algumas questões são tratadas. Scott (1990)

identifica a história como uma maneira de registrar a transformação da ordem organizacional e social entre os sexos que permite produzir conhecimento sobre a diferença sexual.

Pensar as relações sociais no espaço do trabalho em saúde junto à população, não é um desafio apenas dos dias atuais. É um velho desafio, que dia após dia é revitalizado pelas transformações inerentes da sociedade sempre em movimento. Atualmente esse desafio, recebe um novo questionamento que identifica uma situação bastante ambígua: vive-se uma época em que o conhecimento, as ciências e a tecnologia caminham de modo acelerado como se representassem desenvolvimento e crescimento intelectual da espécie humana. No entanto, no âmago deste movimento as desigualdades de gênero são cada vez mais nítidas. O que se verifica é que as desigualdades entre homens e mulheres são vistas como naturais.

A desigualdade nas relações de gênero está imbricada ao poder, em virtude de que as relações entre homens e mulheres podem ser vistas como relações desiguais, assimétricas. Possivelmente a mulher é subjugada ao homem que está situado numa sociedade de base patriarcal onde a organização da sociedade é feita através do domínio masculino na estrutura pública e privada, construída a partir de um modelo masculino de dominação, embora atualmente alguns espaços de relações sociais se encontrem matizados.

Ao mesmo tempo, no meio a evolução da sociedade, sente-se que é necessário, diariamente, reivindicar a importância de se discutir as relações entre homens e mulheres, como ocorre a divisão sexual do trabalho, de onde surgem as regras de convívio social entre homens e mulheres de geração para geração. E assim, pensar na desigualdade de gênero existente nessas relações nesse estudo implica pensar sobre a política pública de atenção à saúde, pensar sobre a garantia dos direitos humanos, dos direitos à saúde, que no caso específico, independente de todos esses avanços da ciência e tecnologia, ainda permanece no campo do discurso, do projeto.

Com a possibilidade da participação popular, a partir de 1988 prevista no texto constitucional, processos de decisão supondo uma relação dialógica<sup>27</sup> havia um discurso que envolvia essa dialogicidade entre os profissionais de saúde com o paciente e a sociedade visando a desconstrução de uma ideologia baseada no saber-poder médico. Esta desconstrução busca subverter a ordem no discurso do “doutor”, esta fala socialmente aceita e logicamente compreendida, buscando afastar-se do mito, tentando fazer parte de uma comunidade maior, menos comprometida com os rituais de poder. O que explicita tão

---

<sup>27</sup> [...] o educador enquanto educa é educado, em diálogo com o educando, que, ao ser educado, também educa. Ambos, assim, se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos e em que argumentos de autoridade já não valem. (FREIRE, 2002, p.68)

claramente Foucault (1979) evidenciando as estratégias que apresentavam a situação de saúde ou doença através de uma codificação clínica onde "os médicos são por excelência os intérpretes da verdade".

Se os médicos eram considerados como tradutores da verdade, à mulher caberia fazer o menor, este fazer era o cuidado, ou seja, a higiene dos doentes, a limpeza do ambiente, papel considerado sujo impróprio para o fazer do médico. Vindos de famílias ricas, nas quais eram ensinados não tocar nos doentes. (BADINTER, 1986).

A grande diferença entre estas profissionais enfermeiras e a figura da mulher-mãe que adquiriu sua base "teórico-prática" informalmente e transmitida de mulher para mulher, é a desmistificação de muitos atos e práticas relacionadas a cura. Na Idade Média as mulheres que curavam ou realizavam partos foram identificadas como feiticeiras<sup>28</sup> mulheres que foram queimadas e torturadas até contarem os seus "segredos" quando curavam os doentes. (BADINTER, 1986).

A doença era relacionada ao mistério ao natural, devendo ser dominada pelo dono da natureza, o homem. A cura pertencia ao domínio masculino, que atribuía poder, uma profissão para homens, vedada às mulheres até o final do século XIX, assim ao médico foi atribuído legitimamente o poder da cura. (BOLTANSKI, 1989).

Daí a figura da mulher-mãe assumindo um novo status, a nova mãe [...] que se sente responsável pela saúde do filho [...] surgindo uma nova relação onde a mãe ao realizar uma espécie de pacto com o médico que a vê como "sua interlocutora, enfermeira, assistente e executiva" (BADINTER, 1985, p. 21).

É exatamente esta história que está posta no século XIX, respeitada a temporalidade, que nos permite pensar se o papel que hoje o médico na Saúde da Família parece assumir, está referendado ao papel que já assumiu de conselheiro da família e da mãe?

No século XIX o campo de ação da medicina foi ampliado, originando o trabalho médico no meio familiar, enfrentando a autoridade do pai e saberes cotidianos maternos, neste contexto o médico tentava diminuir a mortalidade infantil. Iniciando assim, todo um trabalho

---

<sup>28</sup> Varikas refere-se a esta história relacionada a uma [...] cumplicidade que une poderes reformados e católicos na denúncia do "império monstruoso" das mulheres em geral, e da bruxaria em particular, não é de natureza puramente religiosa. [...] o príncipe deve praticar a erradicação da bruxaria. [...] o herético é refratário, não à verdade, mas à autoridade: a da religião que ele recebeu cujos princípios se permite submeter ao seu próprio juízo e, por conseguinte, à do poder temporal, que não tolera que se discuta "o que é tido por definido". Em um mundo profano em que a verdade parece estar cada vez mais ao alcance do juízo individual de cada um (a), o status político da heresia está, portanto, inextricavelmente ligado ao da multidão. Combater a "hidra da heresia" significa combater a multitude de várias cabeças, a multiplicidade de opiniões particulares, que desafiam as pretensões unificadoras do poder temporal de fornecer a única resposta racional à questão da coexistência pacífica das particularidades que constituem o gênero humano. (VARIKAS, 2003, p.179-180).

baseado no discurso sobre a família, em prol da amamentação materna e cuidados especiais para as crianças visando criar vínculos entre mães e filhos e entre os cônjuges no interior da casa.

A mulher como mãe teve sua imagem valorizada, apenas como estratégia para a aceitação do médico na intimidade doméstica, uma naturalização do feminino. Contrapondo no imaginário social a idéia de que - a mulher é incapaz de negociar, pensar, produzir dada a intempestividade própria da sua natureza. Ou então - o fato de que como ela não tem visão objetiva, perde-se em detalhes insignificantes nos processos mais amplos de condutas planejadas no que de fato interessa para se ter poder e visibilidade. Ao construir a sua imagem como moralmente instável ela também não saberia lidar com atividades acadêmicas e/ou profissionais que exigem suposta clareza e precisão, então o médico tornou-se:

[...] uma espécie de conselheiro tão respeitável como o padre, o pastor ou os próprios membros mais velhos da família. Ao tornar-se um aliado da mulher nos assuntos relativos aos filhos, o médico teve acesso a outros assuntos específicos às mulheres como a gravidez, o parto, o puerpério e as queixas ginecológicas. (MARTINS, 2005, p. 652).

Tanto para Canguilhem (2002) como para Foucault (1994) as mudanças no campo da medicina enquanto saber fazer do século XIX, evidenciam o discurso médico como fundado na experiência clínica e sua relação direta com as ciências biológicas asseverando a extrema soberania do novo olhar da pesquisa científica no conhecimento sistematizado sobre o corpo humano. É nesta crença sobre o saber médico e a importância do trabalho no interior da família, que ao longo dos anos foi sendo cada vez mais delineada, originando na atualidade a atenção em saúde onde há extrema valorização do espaço familiar como espaço privilegiado do processo de trabalho em saúde: - A família como foco desta atenção.

Para Foucault, esse espaço de trabalho no campo da saúde foi visto no século XVIII, em todos os países da Europa, como a possibilidade para

[...] a organização da família, ou melhor, do complexo família-filhos, como instância primeira e imediata da medicalização dos indivíduos; fizeram-na desempenhar o papel de articulação dos objetivos gerais relativos à boa saúde do corpo social com o desejo ou a necessidade de cuidados dos indivíduos; ela permitiu articular uma ética "privada" da boa saúde (dever recíproco de pais e filhos) com um controle coletivo da higiene e uma técnica científica da cura, assegurada pela demanda dos indivíduos e das famílias, por um corpo profissional de médicos qualificados [...] recomendados pelo Estado. [...] definindo assim, [...] os direitos e os deveres dos indivíduos concernindo à sua saúde e à dos outros, o mercado onde coincidem as demandas e as ofertas de cuidados médicos, as intervenções autoritárias do poder na ordem da



higiene e das doenças, a institucionalização e a defesa da relação privada com o médico [...] (FOUCAULT, 2000, p.200-201).

### 2.3. A FAMÍLIA E O PAPEL DA MULHER

A família é compreendida como uma das instituições mais antigas da sociedade. Família ou arranjo familiar é o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, residente na mesma unidade domiciliar, ou pessoa que mora só em uma unidade domiciliar. (IBGE, 2004, p. 398).

Família vista como uma unidade formada de seres humanos que cuidam de si próprios e de outros, e esta forma de cuidar varia de acordo com os padrões sociais onde está inserida, tendo a ver com as necessidades de cada indivíduo, vivem a vida a partir do parentesco<sup>29</sup>, mas não se confundem com ele. Família como estrutura universal presente na sociedade humana, se forma pela combinação destas relações (SARTI, 1993).

Compreender um pouco desse espaço é uma tentativa de entrar e interpretar a vida que está por trás dos muros e que a ESF terá que atravessar para desenvolver o seu trabalho. Para tanto, faz-se necessário identificar as mudanças que fazem parte de seu cotidiano, identificar os seus novos valores e crenças, desvelar desta maneira uma história que envolve a realidade atual. Com base na perspectiva do trabalho desenvolvido por médicos e enfermeiras é fundamental a compreensão desse mundo cheio de símbolos, significados, saberes e práticas, que nascem na cultura de origem assim como nas experiências do dia a dia, no contexto do qual faz parte.

A família é vista na ESF como unidade básica da sociedade, sendo que são reconhecidas as diversas formas de família a partir de sua cultura, de seus valores e crenças. Identificam-se neste conceito as mudanças na vida familiar, oriundas da transformação demográfica e socioeconômica. Pensar a família atual representa conhecer os problemas relacionados à extrema pobreza que enfrentam, tais como o desemprego, a violência doméstica e sexual que enfrentam cotidianamente entre outros.

O conceito de família passou por várias transformações no decorrer da história. Desencadeando a idéia de que sua concepção não está vinculada apenas ao biológico, mas a estrutura social e, ao modo da sociedade se relacionar.

---

<sup>29</sup> O parentesco: estrutura formal que resulta de relações de consangüinidade entre irmãos; da relação de descendência entre pai e filho e mãe e filho; e da relação de afinidade que se dá através do casamento. O parentesco estabelecido mediante um ancestral em comum é chamado parentesco consangüíneo, enquanto que o criado pelo casamento e outras relações sociais recebe o nome de parentesco por afinidade.

Segundo Narvaz e Koller:

[...] no início da história da humanidade, as primeiras sociedades humanas eram coletivistas, tribais, nômades e matrilineares. Tais sociedades (ditas “primitivas”) organizavam-se predominantemente em torno da figura da mãe, a partir da descendência feminina, uma vez que desconheciam a participação masculina na reprodução. (NARVAZ; KOLLER, 2006, p.50)

Assim, cada período histórico constrói um significado para as relações sociais mais ou menos vinculados às condições existentes.

Nesse caso, quando verificamos o contexto da Idade Média, verifica-se o desaparecimento da noção de família cultivada pelos gregos e romanos. Segundo Leite (2001) questões como leitura e escrita, educação e vergonha ficaram marginalizadas, as interações sociais eram feitas oralmente e somente alguns tinham o “poder” sobre os segredos teológicos e intelectuais.

A família cumpria a função de assegurar a transmissão da vida, dos bens e dos nomes, mas não implicava em envolvimento afetivos e não tinha idéia de sua função educativa. As casas na Europa ocidental, dos séculos XV ao XVII, abrigavam patrões, crianças e um grande número de empregados e aprendizes, que formavam um verdadeiro grupo social. Essa casa grande desempenhava uma função pública: não havia locais separados para a vida privada e a profissional, e tudo se passava nos mesmos cômodos. (REGEN, 2005, p.1)

Em Ariès (1978) o papel da família e da linhagem depende das condições sociais do momento. A autoridade do príncipe no século XIII fortalece a família conjugal reforçando a autoridade do pai, e o poder do marido e a justificativa se dava por conta da organização da sociedade centrar-se no princípio da autoridade.

Badinter (1985) refere-se a este período como um longo reinado da autoridade paterna e marital, o que, segundo Foucault, imbrica numa relação que se utiliza do poder como uma estrutura vertical centrada no Estado atingindo a população, um "micro-poder" presente nas relações sociais, está em todas as partes, apresentando desigualdades de posses e posições.

Poder exercido nas relações desiguais entre homens e mulheres, fazendo com que se mantenha e seja aceito porque:

[...] ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso. Deve-se considerá-lo

como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social, muito mais do que uma instância negativa que tem por função reprimir (FOUCAULT, 2000, p.8).

A partir do século XVI identifica-se o conflito conjugal onde jamais seria reconhecido o erro do marido perante a esposa. O saber masculino foi cada vez mais oficializado, sendo que a mulher não poderia frequentar a universidade, exemplo da situação das mulheres européias. O saber feminino era visto então como anticientífico, tanto que na Inglaterra, na forma de lei restringiu-se "à nobreza o direito das mulheres de lerem a Bíblia privadamente; as mulheres da burguesia mercante só podiam lê-la na presença dos homens, enquanto que as pessoas do povo estavam inteiramente privadas desse direito." (VARIKAS, 2003, p. 178).

Ainda neste século, um novo comportamento vai marcar as relações da mulher no espaço social e familiar: a importância da idade aparece com o seu registro nos documentos, no nascimento das crianças modificando a imagem que sempre existiu sobre mulheres e crianças, Badinter (1985) analisa que estas eram consideradas como seres inferiores, sendo os homens a imagem de Deus. Esta concepção estava posta na ideologia cristã, vendo o homem como perfeito para assumir o pátrio poder, tendo direito à vida ou à morte de sua esposa e filhos vistos como o "símbolo da força do mal, um ser imperfeito".

Ariès (1978) refere a pouca afetividade no interior da casa, no espaço privado, as trocas afetivas eram realizadas fora da família no âmbito de um meio "quente e denso" que era composto pelos vizinhos, amigos, amos, criados velhos, mulheres crianças e homens. O autor ressalta que na família poucas pessoas podiam percorrer todas as etapas da vida, sendo que o índice de mortalidade infantil era grande impedindo uma interpretação mais ampla do ciclo da vida do indivíduo.

O século XVIII vai apresentar grandes mudanças no cenário econômico, social, político e cultural da sociedade.

[...] A virada do século XVIII, sob os auspícios do ideário Iluminista, marca a constituição de um novo sujeito: aquele regido pela razão e pela vontade, senhor de um mundo desencantado e, portanto, um mundo carente de ser conquistado pelos atributos individuais. A verdade, agora lapidada pelo sujeito da razão, configura um domínio que tem na ciência seu fundamento legítimo. (MOREIRA, 1999, p.55)

Em meio a tantas transformações interessa-nos enfocar a separação entre duas esferas da vida social: a esfera pública e a esfera privada, tendo em vista apresentar algumas situações produzidas nas relações de gênero no terreno dos afazeres domésticos. Frente à realidade descrita a maternidade representou a missão fundamental da mulher, evidenciada no

modelo de família nuclear, que determina o papel social das mulheres: como esposas e mães. Dando origem a uma nova organização familiar que prevê o recolhimento da família afastada da rua, das praças, da vida em coletividade, e seu estabelecimento no interior de uma casa melhor defendida contra os intrusos e preparada para a intimidade (ARIÈS, 1978, p. 23).

A maternidade no cenário acima se forja sob a égide da família, da pátria, do cuidado, da higiene, aqui interpretada a partir das ideologias de gênero, maternidade enquanto construção social enraizada material e simbolicamente, constitui o núcleo prioritário da definição dos papéis e identidades historicamente atribuídas às mulheres (BARBOSA, 2001).

Excluída do espaço público, a mulher é encerrada nas funções domiciliares; esta separação entre o público e o privado pontuou claramente quais deveriam ser os papéis masculino/feminino. Assim, a partir do século XVIII em diante, a mulher se torna objeto de cuidado e passa a cuidar, se casada deveria se vestir de preto, nenhum perfume, nem laços ou fitas em seus cabelos, cabia-lhe ser “mulher casada” para serem vistas apenas por seus maridos (PRIORE, 2005). Sua função estava relacionada ao exercício de tarefas dentro do lar e pelo número de filhos que daria ao marido. Educar a mulher significava adestrá-la para seu dever guardiã da família.

A condição feminina era inferiorizada na relação familiar mantendo este padrão como modelo para a família. Esta forma de posicionar a mulher atingia o objetivo de mantê-la numa condição inferiorizada ao homem. (PATEMAN, 1993).

O modelo familiar mais referendado até poucos anos pontua que as famílias passaram a se isolar cada vez mais no interior das casas e a educação das crianças ficaria toda sob a responsabilidade dos pais. (BRUSCHINI, 2000, p.52). A mulher passou a assumir papéis sociais direcionados para os assuntos internos da família, sendo a esposa, a dona-de-casa e, sobretudo a mãe.

Essa família de modelo patriarcal da qual comentamos foi vista como alicerce para uma sociedade civilizada (RODHEN, 2003). Ainda no século XVIII, a família passa a ser considerada um lugar de vigilância e disciplina, para o controle da população. (FOUCAULT, 2000). O autor ressalta que a família passa a ter um caráter de instrumento evidente nas campanhas de saúde tais como controle da mortalidade e da natalidade, campanhas relativas aos casamentos, campanhas de vacinação; visando a manter a normatividade nos comportamentos, minimizando riscos, aumentando a segurança e a ordem social.

É sobre isso que vai falar Rousseau (2004) em sua obra Emílio, quando garante a exclusão das mulheres no processo de aquisição da educação baseada na razão, garantindo dessa forma a soberania masculina que se perpetua em todos os seguimentos da sociedade.

Deixando clara a divisão sexual de papéis sociais, afirmando que o lugar da mulher não é junto a ciência, mas sim em seu lar submissa ao marido.

Nota-se através destas afirmações do século XIX e início do século XX que havia uma tentativa de provar que a diferença entre homens e mulheres era natural, identificando a imagem da mulher relacionada à instabilidade, uma instabilidade ameaçadora. Portanto, intervenções como a educação e o trabalho na vida desta, poderiam modificá-la ou mesmo perverter a diferença. Ser natural não significava ser definitivo ou estar garantido. (RODHEN, 2003). As mulheres eram descritas na literatura médica como seres estranhos, que poderiam perverter a organização social, no entanto, eram vistas como fundamentais para o estabelecimento da ordem em decorrência da sua capacidade como "procriadoras", trazendo à vida novos seres, acabavam por cumprir o ideal de renovação das gerações conservando a humanidade.

Rodhen evidencia que nesse período os homens poderiam desenvolver um grau ilimitado de elevação mental, já as mulheres estariam presas a um estágio menos evoluído. Para Scott (2002) esta idéia se justifica porque os homens eram por natureza seres morais completos [...] melhores representantes do ser humano; as mulheres não eram bem assim. [...] o conceito de indivíduo abstrato é articulado como a base de um sistema de inclusão universal. Este sistema mantido como um padrão de exclusão ao definir como não indivíduos, aqueles que se diferenciavam da figura prototípica do ser humano. (SCOTT, 2002, p.32). Assim os homens tornam-se firmes e resistentes e as mulheres permanecem como seres delicados, vulneráveis e sensíveis.

Por outro lado, a busca do entendimento sobre a mulher passava pela idéia de que elas são mais:

[...] mais sensitivas, sedentárias e dotadas de um cérebro mais fraco desenvolveriam algumas características próprias e teriam até algumas vantagens em relação aos homens. Estariam livres de muitos tormentos enfrentados por eles e por isso viveriam mais felizes. (RODHEN, 2003, p.208)

As transformações e a crise dos conceitos sobre a família são evidenciadas também segundo Mott (2005) na imagem da família brasileira encontrada em muitas obras do século XIX, evidenciava a condição aviltante que as mulheres enfrentavam, vivendo sob forte opressão masculina, numa situação "semelhante à escravidão". No Brasil os dois sexos estavam constituídos e separados, uma parcela composta por indivíduos nobres, sólidos, corajosos, instruídos, que sozinhos se viam na obrigação de lutar pela vida. Do outro lado, a visão burguesa do casamento romântico, acabava por valorizar o companheirismo e assim

cabia a mulher o papel de: esposa e mãe de família, o sexo feminino, desterrado para dentro da casa, "máquina de reprodução" tratada abaixo de sua dignidade, como um ser que nada pode, para não dizer completamente nulo (MOTT, 2005 p.55).

Ao mesmo tempo essa concepção esbarra na construção da figura da "nova mãe", em relação a situação em que as mulheres burguesas prioritariamente, encontravam a sua função social na reprodução, cuidado e socialização dos filhos, de acordo com Badinter (1985).

Regen (2005) e Sarti (1996), em suas pesquisas a respeito da família, comentam a dificuldade em tratar desse assunto por remeter a uma realidade que é muito próxima e que se confunde com o que se é, ou seja, com a identidade pessoal. Outra dificuldade para se pensar a família está relacionada a rapidez com que vêm ocorrendo as mudanças nas relações familiares, principalmente nas últimas décadas, com as famílias recompostas e outros modelos de famílias de modo comum. Para Sarti (1993) a família não é apenas o elo afetivo mais forte dos pobres, o instrumento através do qual viabilizam seu modo de vida, trata-se da sua identidade social que vem estruturar sua explicação do mundo.

Muito se discute sobre a crise da família, o declínio do casamento, assim como da aceitação do divórcio, no entanto, evidencia-se que não há o enfraquecimento dessa instituição, mas sim o surgimento de novos modelos familiares; resultado das freqüentes mudanças nas relações de gênero, expressas "através do maior controle da natalidade, da inserção intensiva da mulher no mercado de trabalho e das mudanças ocorridas na esfera da sexualidade, entre outros fatores". (BARROS, 2006, p. 10). Assim, a família é vista como um espaço de dependências, onde é possível construir a autonomia, tendo também a função de ajuda na construção das identidades pessoais.

A família para Bruschini (1988) pode ser identificada como a) uma unidade de produção e de reprodução; b) unidade de reprodução e consumo; c) unidade com laços de consangüinidade; d) unidade de solidariedade, afeto e prazer; e) pessoas que dividem o mesmo teto e a mesma cozinha; f) local da relação dialética entre dominação e submissão; g) rede de parentesco (independente da moradia conjunta); h) espaço de socialização, reprodução ideológica e conflito; etc.

Esta perspectiva segundo Bruschini, chama a atenção sobre o modelo de família que se tem utilizado para falar das famílias brasileiras principalmente os grupos mais desfavorecidos sócio-economicamente. Esta reflexão é fundamental no sentido de compreender como as mulheres assumem a responsabilidade como cuidadoras, que possivelmente são requisitadas nas práticas domésticas de cuidados a saúde pela ESF.

Badinter (1992) comenta que a masculinidade pode ser medida pelo compasso do sucesso, ressaltando que este sucesso lhes provoca poder e admiração. Para os homens esta é uma expectativa totalmente aceita em decorrência de que desde criança é ensinado a lidar com esta imagem, como se fosse superior à mulher nas relações em sociedade.

Desde sempre, em toda parte, tem-se medo do feminino, do mistério da fecundidade e da maternidade, “santuário estranho”, fonte de tabus, ritos e terrores. “Mal magnífico, prazer funesto, venenosa e enganadora, a mulher é acusada pelo outro sexo de haver trazido sobre a terra o pecado, a infelicidade e a morte.” Terror de sua fisiologia cíclica, lunática, asco de suas secreções sangrentas e do líquido amniótico, úmida e cheia de odores, ser impuro [...] Perigosa portadora de todos os males, Eva e Pandora; devoradora dos filhos paridos de sua carne, Medéia e Amazona; [...] Fonte da vida, fertilidade sagrada, mas também noturnas entranhas: “Essa noite, na qual o homem se sente ameaçado de submergir e que é o avesso da fecundidade, o apavora”, o medo ancestral do Segundo Sexo. Que fez crer impossível a amizade nas e das mulheres e tudo faz para impedi-la. (CHAUI, 1987, p.38).

Quando nos debruçamos nessa história, quando pensamos o papel da mulher na família, descrito anteriormente, temos a oportunidade de refletir sobre esta "condição" que foi imposta desde o início da civilização.

No século XIX a mulher casada não deveria fazer parte do mercado de trabalho, o que poderia representar problemas gravíssimos à sua família, assim “maternidade e domesticidade eram sinônimos de feminilidade” (SCOTT, 1991, p.468), desta maneira não havia aceitação por parte da sociedade em relação ao trabalho assalariado para as mulheres casadas. Desta concepção vai surgir o conceito de mãe cuidadora, aquela que é responsável pelo cuidado no lar, ou seja,

[...] o cuidado doméstico às crianças, aos doentes e aos velhos, associado à figura da mulher-mãe que desde sempre foi curandeira e detentora de um saber informal de práticas de saúde, transmitido de mulher para mulher mesmo que admitamos, por exemplo, que as construções das identidades masculinas e femininas no trabalho são móveis e variam no tempo e no espaço, é fato analisado por diferentes estudiosos a indução do processo de institucionalização capitalista do trabalho na saúde à seletividade de um tipo ideal de cuidadora. (PASTORE; ROSA, 2006, p.4)

As cuidadoras na sua origem estão referidas a Segunda Grande Guerra, com a dizimação de muitas famílias, algumas iniciativas de reorganização familiar começaram a surgir (KARSCH, 1998). Dentre elas, a noção de casa-lar, que abriga mulheres e crianças “sem família” começou a ser utilizada. Uma casa ou lar podem ser entendidos como um espaço utilizado como abrigo que utiliza referências físicas ou afetivas entre seus integrantes,

que possuem como o de se restaurarem as relações afetivas e humanizadoras institucionais. (KASRCH, 1998).

No século XX a revisão do conceito de família<sup>30</sup> no novo código civil brasileiro (BRASIL, 2000) representou uma tentativa de igualdade entre homem e mulher e dentro deste contexto

A família é apontada como elemento-chave não apenas para a "sobrevivência" dos indivíduos, mas também para a proteção e a socialização de seus componentes, transmissão do capital cultural, do capital econômico e da propriedade do grupo, bem como das relações de gênero e de solidariedade entre gerações. [...] forma tradicional de viver e uma instância mediadora entre indivíduo e sociedade, a família como espaço de produção e transmissão de pautas e práticas culturais e como organização responsável pela existência cotidiana de seus integrantes, produzindo, reunindo e distribuindo recursos para a satisfação de suas necessidades básicas. (CARVALHO, ALMEIDA, 2003, p. 109).

Para Carvalho (2003) dentre alguns dos fenômenos que traduzem as modificações na organização tradicional das famílias estariam: o aumento da proporção de domicílios formados por idosos (viúvos), mas também entre adultos jovens que expressariam novo; a redução do tamanho das famílias; a fragilização dos laços matrimoniais, com o crescimento das separações e dos divórcios; o incremento da proporção de casais maduros sem filhos; e a multiplicação de arranjos que fogem ao padrão da típica família nuclear, sobretudo de famílias com apenas um dos pais, e em especial das chefiadas por mulheres sem cônjuge. No entanto, no processo de privatização dos riscos que remete aos indivíduos e às famílias o enfrentamento da vulnerabilidade e da precariedade das condições de vida.

Em meio às mudanças a família vem perdendo gradativamente sua capacidade de funcionar como amortecedor da crise, como espaço de proteção de seus membros afetando as condições de vida da maioria da população, bem como o próprio organismo familiar. De outro lado, valores afetivos, confiança e reconhecimentos que já não passam pela idéia de partilhar o mesmo teto vêm sendo ressaltados.

---

<sup>30</sup> A união de pessoas do mesmo sexo tem recebido certa proteção, que advém de uma construção jurisprudencial e doutrinária, que flexibilizaram o conceito de família, para abranger os casais homossexuais com ou sem filhos. No Brasil, essa questão não havia sido enfrentada pela via legislativa. A Lei Maria da Penha apresenta um avanço em relação ao Direito Civil legislado, em seu art. 5º permite uma interpretação de reconhecimento da entidade familiar entre pessoas do mesmo sexo. (BRASIL, 2006).



### **3. A CONSTRUÇÃO DO CAMPO ANALÍTICO NA RELAÇÃO GÊNERO E DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO.**

Esse capítulo se apóia em trabalhos relativos à problematização dos conceitos de gênero e trabalho, tentando compreender como as relações de gênero acontecem no cotidiano especialmente no espaço do trabalho da equipe da ESF.

Orientar esse estudo segundo a categoria gênero, justifica-se pelo fato de entender que esta forma de análise desvela signos dados às relações sociais e principalmente ao modo de ser do indivíduo na sociedade. Desta forma, é possível identificar gênero como uma categoria analítica fundamental no entendimento das desigualdades entre homens e mulheres localizados num determinado contexto social e histórico, possibilitando na realidade empírica, a compreensão da forma como as relações sociais se organizam.

Nos últimos 50 anos do século XX, nosso planeta foi o cenário de grandes transformações que em ritmo veloz trouxeram conceitos e novidades desconhecidas. Uma transformação tão grande que interferiu nas relações entre homens e mulheres, relações onde a mulher começou a fazer parte nos mais variados setores no trabalho, política, nos centros educacionais, nas ciências. O olhar sobre o feminino, rompeu paradigmas, e ela participou da construção de novos sujeitos sociais.

Na sequência apresentamos uma discussão a respeito da divisão sexual do trabalho, para tanto discutimos o conceito de gênero e cuidado.

#### **3.1 A DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO E O CONCEITO DE CUIDADO**

##### **3.1.1 Gênero**

A origem dos estudos de gênero pode ser creditada às lutas que se seguiram aos movimentos sociais dos anos 60, de modo especial às mobilizações de 1968, ocorridas em vários países da Europa e nos Estados Unidos, marcados por questionamentos sobre esses "novos agentes sociais". (GROSSI, 1998).

Surge na Europa Ocidental a urgência de um movimento contestatório, o feminismo, reivindicando nas primeiras décadas do século XX, espaços de reconhecimento para as mulheres, mas é somente a partir dos anos 60 que este movimento ganha força e visibilidade através dos

[...] estudos de gênero resultantes de um processo de desconstrução teórica, que se desenvolve no interior de vários campos disciplinares. Nesse sentido, é preciso considerar o modo como o conceito de gênero foi se constituindo e quais são as suas bases teóricas e suas dimensões conceituais. Desnaturalizar hierarquias de poder baseadas nas diferenças de sexo, tem sido um de seus eixos centrais. (TAMANINI, 2003, p.1).

Simone de Beauvoir (1980) foi uma grande precursora das discussões sobre a feminilidade. Radical para seu momento histórico, é uma das mulheres, no mundo masculino dos filósofos franceses, antes mesmo que a palavra "feminista" começasse a ser utilizada, que acompanha a formação da condição feminina e analisa como o homem se posiciona diante da mulher. Evidenciou a visibilidade do feminismo no século XX com a publicação do clássico de 1949, “Segundo Sexo”, em que cita a famosa e repetida frase: “Ninguém nasce mulher, torna-se mulher” (BEAUVOIR, 1980, p.9). Aqui tornar-se uma mulher não implica necessariamente que se percorre um caminho de liberdade para uma incorporação cultural, o que se verifica é que somos um corpo de início, e só depois, nos tornamos um gênero. Assim, a autora expressou a idéia básica do feminismo: a desnaturalização do ser mulher, como existencialista, recuperando a idéia do indivíduo fazer suas próprias escolhas. Simone diz que a mulher é um discurso produzido pelo imaginário masculino. Vê a mulher como "o Grande Outro", entre as minorias, os negros, etc. Beauvoir denuncia o esquema de educação ao se pronunciar, recusando-se a aceitar a explicação biológica como meio de identificar a diferença entre os sexos. A autora comenta que gênero é resultado de uma construção que se inicia quando se é ainda criança estabelecendo-se um comportamento padrão relacionado ao sexo feminino “desde os primeiros anos, sua vocação imperiosamente ditada” (BEAUVOIR, 1980, p. 10).

Assim as meninas são relegadas a um papel secundário, dependentes e passivas, uma natureza feita para trabalhos domésticos, condicionada ao destino que seu papel biológico impõe, ou seja, assume a função social de ser apenas esposa e mãe. Desta forma a sociedade se apropria destas concepções e impõe à mulher uma identidade servil, ao homem cabe os feitos heróicos, aquele que participa evolução da sociedade.

[...] A mulher é A Bela Adormecida, Cinderela, Branca de Neve. Nas canções, nos contos, vê-se o jovem partir aventurosamente em busca da mulher; ele mata dragões, luta contra gigantes, ela se acha encerrada em uma torre, um palácio, um jardim, uma caverna, acorrentada a um rochedo, cativa, adormecida, ela espera. (BEAUVOIR, 1980, p. 33).

Na década de 70, nos Estados Unidos o conceito de gênero começou a ser discutido na antropologia, nas diferentes áreas científicas e nos movimentos feministas, buscando a deslegitimação da dominação masculina, visando a desconstrução de práticas hegemônicas, sendo um espaço privilegiado de produção do novo discurso sobre a mulher. Dessa maneira, as abordagens subseqüentes desenvolvidas a partir de questionamentos feministas têm possibilitado a presença das mulheres como agentes atuantes aos processos sociais, suscitando reflexões teóricas em várias áreas das ciências humanas.

Nesse cenário inauguram-se epistemologias para a produção de saberes novos, desestabilizando-se áreas consolidadas e que se encontram marcadas por abordagens do determinismo biológico. A partir de então, introduziram-se novos temas e metodologias, vizibilizaram-se questões ligadas ao cotidiano, a experiência dos atores negros, mulheres, homossexuais. Os direitos humanos foram para o centro dessas questões, como direitos também das mulheres.

Ao participarem do movimento feminista, as mulheres perceberam que sua presença nas lutas sociais com os homens não ocorria em “pé de igualdade”. Pois não tinham a correspondência na representação política nem científica acadêmica. Nesse aspecto sua atuação ficava em segundo plano, pois nunca ficavam em lugares-chaves dessas áreas:

[...] raramente elas eram chamadas a assumirem a liderança política: quando se tratava de falar em público ou ser escolhida como representante do grupo elas sempre eram esquecidas e cabia-lhes em geral o papel de secretárias e ajudantes de tarefas consideradas menos nobres como fazer faixas ou panfletar. (GROSSI, 1998, p.2).

Essa invisibilidade de atuação política das mulheres militantes iria desencadear todo um processo de conscientização e mudanças radicais, no comportamento público quanto no âmbito privado. Na vida privada uma das maiores revoluções possivelmente foi no campo da subjetividade, mais precisamente no sexual, quando a virgindade deixa de ser um valor fundamental, o que Grossi vai destacar ao falar que “o casamento começa a ser amplamente questionado e se começa a pensar mais coletivamente, no ocidente, que o sexo poderia ser fonte de prazer não apenas destinado a reprodução da espécie humana”. (GROSSI, 1998, p. 2).

É a partir desta problemática que desenvolvem-se os debates em torno do que se configurou como sendo os estudos da condição feminina: gerando assim, o desafio de discutir a questão de gênero, multiplicaram-se os estudos feministas em diversos aspectos, apesar de alguns ainda permanecerem com o viés conservador, hierárquico advindo do patriarcado,

marcado particularmente pelas abordagens marxistas, no entanto, buscam a compreensão da vida feminina, tentando romper com as concepções tradicionais.

O patriarcado está na primeira onda do feminismo marcado pela luta contra as formas de opressão masculina, no século XIX, situação que demarcava principalmente, a luta pelo direito ao voto. Na segunda onda na década de 60, ele também se expandiu, mas junto com ele veio a construção de novas teorias, no âmbito dos debates travados entre estudiosas e militantes de um lado, e de seus críticos de outro. É então que se engendra o conceito de gênero, que irá trabalhar a relação, o contexto, e a diferença dentro da diferença como uma forma de romper com os padrões universais de análise. (LOURO, 2004).

O termo gênero ao surgir, vem desafiar a “máxima essencialista” que definia a mulher pelo seu biológico, cumpre o desafio de fazer a desconstrução dos determinismos. As feministas trouxeram para dentro do processo a compreensão sobre a produção cultural das diferenças e possibilitaram com isso pensar as relações de poder que produziam as desigualdades. Superam-se assim, a produção universal nas ciências sociais dos estudos sobre a condição feminina, sobre sua participação na sociedade, na política, na organização familiar e no trabalho. Esses estudos ganham um caráter relacional, contextual, desmistifica também o universalismo das análises, além dos determinismos biológicos, tarefa que já haviam tomado para si. É no final dos anos 70 que a opinião geral dentre as feministas toma força no sentido de que a dominação seria "universal", que não ocorria em um contexto isolado e sim em diversas culturas e nas mais variadas esferas, sejam simbólicas, políticas e econômicas, ainda de modo múltiplo e com diversidade de conteúdos. Em contrapartida, a essa universalidade é que os movimentos femininos, gays e lésbicas propuseram a criação de novos comportamentos, mentalidades e perspectivas, outras formas de subjetividades para as relações entre os sexos, criticando o modelo ocidental, branco, heterossexual. (LOURO, 1998).

Essas novas experiências permitiram pensar outras formas de experimentação dos corpos, dos prazeres, dos desejos, mas, sobretudo, levaram para dentro desses temas, a epistemologia dos estudos de gênero numa perspectiva analítica do poder que visava integrar um conjunto de experiências negligenciadas ou tornadas invisíveis, visto que elas eram usualmente colocadas na esfera doméstica. A partir de abordagens que tomam em conta uma perspectiva mais foucaultiana, constroem-se um exame mais abrangente e relacional sobre as formas de reprodução de poder, no interior das relações de gênero. Tal ferramenta possibilita maior visibilidade das micro relações.

Gênero passa então a ser entendido não como um poder central e unificado e sim, em constelações dispersas e desiguais, encontra-se inserido em uma "microfísica do poder" que se constitui em diversos campos de forças sociais.

Para Scott (1990) gênero é o elemento constitutivo das relações sociais, baseado em diferenças percebidas entre os sexos; maneira primordial de significar relações de poder para a autora "o gênero é uma primeira maneira de dar significado às relações de poder", a autora, evidencia refere que provavelmente gênero constituiu um meio de dar eficácia à significação de poder no mundo ocidental. (SCOTT, 1990, p. 16).

A história então, como testemunha de como esses fatos foram construídos, passa a ser mostrada em suas problematizações sobre o próprio determinismo biológico que constitui o sexo e gênero. A Sociologia produz uma série de reflexões sobre o trabalho e seu sexo, a antropologia genérfica suas teorias e a psicanálise problematiza seus pressupostos.

Alguns autores permitem visualizar essa trajetória, como no caso de Rubin (1998) que ofereceu uma das primeiras explicações contemporâneas sobre as relações de gênero. A autora afirma a necessidade da separação analítica entre gênero e sexo, pensando o sexo como um fator de opressão que atravessa outros modos de desigualdade social, tais como classe, raça, etnicidade ou gênero. Por outro lado, mostra que o aspecto biológico não pode justificar a hierarquia sexual, quando afirma que o gênero sexual é uma construção social, refere-se a assimetria entre os sexos decorrente das diferenças de status; entre dádiva e doador, envolvendo, portanto os sistemas de parentesco (relações que unem os homens entre si mediante laços baseados na consangüinidade, enquanto relação social reconhecida e na afinidade aliança matrimonial).

Outros autores como Elizabeth Souza - Lobo divulga o artigo "Gênero: uma categoria útil de análise histórica" de Joan Scott. Assim, as pesquisadoras brasileiras começam a utilizar essa categoria, enquanto instrumental de análise, apesar de já há algum tempo pesquisadoras norte-americanas terem utilizado a palavra gender para se referir "as origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas de homens e mulheres" (SCOTT, 1990). Desde então, o conceito de "gênero" seria amplamente empregado nos discursos sobre a sociedade, oriundos das mais diferentes instituições, tais como universidades, ONGS, escolas, sindicatos, etc.

A partir dessa perspectiva, é possível pensar como se estrutura a percepção correta e simbólica da vida no trabalho no que tange a distribuição e ao conteúdo das tarefas entre os membros da equipe da ESF, como acessam os recursos materiais e simbólicos os profissionais médicos e enfermeiras em relação ao valor do conteúdo das tarefas que ambos executam.

Como as concepções generificadas se estruturam no interior da divisão sexual desse trabalho na experiência cotidiana, mas, sobretudo, nos significados referidos ao cuidado no diálogo entre o sujeito individual e a organização social no qual ele está inserido. Nesse caso, compreender o significado que a própria ESF organizou e estruturou para esses profissionais e a produção das tarefas cotidianas.

Neste contexto gênero tenta explicar como a representação dual, e frequentemente desigual, entre as representações sobre o que é ser homem e ser mulher vem sendo construída na cultura ocidental, como ela se reproduz e é resignificada em um quadro de relações sempre mais complexo.

Pressupõe também, entender gênero como uma construção do pensamento que propicia o entendimento de contextos particulares assim como relacionais, conforme deixava-se de fazer uma história ou uma literatura das mulheres, sobre as mulheres e passava-se a analisar a construção social e cultural do feminino e do masculino, atentando para as formas pelas quais os sujeitos se constituíam e eram constituídos, em meio a relações de poder. (LOURO, 2002).

Trabalha-se com as construções simbólicas do feminino e do masculino em cada sociedade, na qual haverá uma permanente articulação entre o que determina um gênero e outro onde a noção de assimetria será determinante para a compreensão não só da dominação das mulheres pelos homens, mas também no espaço de poder feminino no interior de cada cultura. As identidades se constroem de forma relacional, pode-se falar em "relações de gênero", pois existe uma complementaridade entre o masculino e feminino, necessária a estas relações assimétricas. (COSTA, BRUSCHINI, 1992).

Para Mariano (2005) as teorias de gênero contribuíram para que os estudos feministas que criticavam a modernidade revelassem que os valores do iluminismo: direitos, igualdade, liberdade, democracia, num discurso humanista, na verdade, encobrissem as especificidades de gênero, de classe, de raça, de etnia e de orientação sexual, dos diferentes sujeitos que ocupavam outras fronteiras políticas que não aquelas do homem branco, heterossexual e detentor de propriedades.

Essas críticas colocavam em evidência a necessidade de uma teoria que desse suporte à essa problematização, no caso para Scott essa teoria seria o pós-estruturalismo, que permitiu questionar "as categorias unitárias e universais" tornando históricos conceitos que são considerados como naturais.

Enquanto categoria de análise, gênero pretende compreender as relações sociais desiguais entre homens e mulheres. Muitas pesquisas se orientam por essa temática, atuando

no sentido de modificar relações sociais que produzem efeitos tão indesejáveis como a discriminação das mulheres nas famílias, nas escolas e no trabalho. Grossi (1998) enfatiza a necessidade de instrumentos e perspectivas teóricas que abordem a sociedade como ela é: composta de homens e de mulheres, e que dêem conta da análise dos conflitos presentes nessas relações. Na verdade, busca-se novo referencial teórico para trabalhar estas questões, há uma necessidade de ampliar a reflexão teórica de gênero como os conceitos de poder, dominação e discurso.

Contribuindo com esse pensamento Scott (1990, p.4), faz relevante análise ao afirmar “parece-me que o lugar das mulheres na sociedade não é um produto direto do que ela faz, mas o significado que suas atividades adquirem através da interação social concreta”. Nesse contexto, Foucault (1999) refere-se a esse poder como um poder disciplinar, instrumento de saber, que não consegue destruir o indivíduo, mas estabelece o controle de seu corpo. O poder como um conjunto de instituições e aparelhos garantidores da sujeição dos cidadãos em um estado determinado, não está na forma de regra, também não é um sistema de dominação derivada de um elemento ou grupo sobre o outro que pode atravessar a sociedade. Para o autor o corpo não será somente vigiado, mas controlado no seu comportamento, suas ações, seu pensamento, com práticas sutis. O ser humano que “entra numa maquinaria de poder que o esquadriha, o desarticula e o recompõe”. (FOUCAULT, 2000, p.119).

Ele refere-se também a "uma precaução metodológica" que devemos ter para

[...] não tomar o poder como um fenômeno de dominação maciço e homogêneo de um indivíduo sobre os outros, de um grupo sobre os outros, de uma classe sobre as outras; mas ter bem presente que o poder – desde que não seja considerado de muito longe – não é algo que se possa dividir entre aqueles que o possuem e o detêm exclusivamente e aqueles que não o possuem e lhe são submetidos. O poder deve ser analisado como algo que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia. Nunca está localizado aqui ou ali, nunca está nas mãos de alguns, nunca é apropriado como uma riqueza ou um bem. O poder funciona e se exerce em rede. Nas suas malhas os indivíduos não só circulam, mas estão sempre em posição de exercer este poder e de sofrer sua ação; nunca são o alvo inerte ou consentido do poder, são sempre centros de transmissão. Em outros termos, o poder não se aplica aos indivíduos, passa por eles. (FOUCAULT, 2000, p. 183)

É nesse sentido, que se produz o diálogo que Scott (1994) irá desenvolver em seus estudos sobre a mulher e as relações desiguais de poder, evidencia que depois de tanto ignorar a presença feminina seria a hora de mudar, de mostrar que

[...] novos fatos podem documentar a existência das mulheres no passado, mas não necessariamente modificam a importância (ou falta dela) atribuída às atividades

femininas. De fato, o tratamento em separado das mulheres podia servir para confirmar sua relação marginal e particularizada em relação aos temas (masculinos) já estabelecidos como dominantes e universais. (SCOTT, 1994, p. 14 -15)

Também Mariano (2005) ressalta o pensamento de Scott (1999) quando diz que "o pós-estruturalismo permite questionar as categorias unitárias e universais e torna históricos conceitos que são normalmente tratados como naturais, como, por exemplo, homem e mulher." Trazendo assim, o método de desconstrução que vem desmontar a lógica interna das categorias, expondo as suas limitações, este método permite para vários autores a crítica ao universalismo, à forma essencialista, binária e racionalista originada no iluminismo.

Scott procura articular as relações historicamente determinadas para além das diferenças de sexos, mas principalmente uma categoria que objetiva encontrar sentido para esta diferença (SCOTT, 1998). A autora refere a importância das contribuições entre a história das mulheres, como campo de estudo, e o movimento feminista. O que se verifica é que os estudos feministas inicialmente refletiam descrições das condições de vida e de trabalho das mulheres, falando sobre as desigualdades entre os sexos, num tom de denúncia sobre a opressão das mulheres.

Enquanto construção social, gênero não pode ser visto como verdade absoluta tipo: a mente, o eu, o conhecimento. É constituído socialmente e, o que se pode saber, depende dos contextos e práticas sociais. Para evidenciar este caráter basicamente social das diferenças fundamentadas no sexo, gênero indica:

[...] uma rejeição do determinismo biológico implícito no uso de termos como "sexo" ou "diferença sexual". O termo gênero enfatizava igualmente o aspecto relacional das definições normativas da feminilidade. Aquelas que estavam preocupadas pelo fato de que a produção de estudos sobre mulheres de maneira demasiado estreita e separada utilizaram o termo "gênero" para introduzir uma noção relacional em nosso vocabulário analítico. Segundo esta visão, as mulheres e os homens eram definidos em termos recíprocos e não se poderia compreender qualquer um dos sexos por meio de um estudo inteiramente separado. (SCOTT, 1990, p.72)

Atualmente pensar gênero requer considerar a simbologia de masculino e feminino no âmbito sexual, inferindo à dimensão da construção social e do que representa o sexo. Discutir gênero também significa problematizar a cultura. Neste cenário Mathieu (1991) irá mostrar como as culturas trabalham adaptações sistemáticas – isso é diferente de validar a



cultura como linear, nos mais variados tempos históricos. Ou seja, validar comparando tempos históricos trata-se de considerar as ambigüidades, sistematizações adaptativas dentro da própria cultura. Para a autora as sociedades manipulam a realidade biológica do sexo conforme o efeito da diferenciação social, assim a definição biológica de sexo pode construir a hierarquização do gênero, ou a experiência com o gênero pode fazer o sexo.

Hoje as teorias foram para a além dessa base fixa do corpo sobre a qual a cultura trabalha, autoras pós - estruturalistas, como Butler, Kraus, Varikas, mostram como o próprio sexo pode ser editado, construído, problematizado.(TAMANINI, 2006). O próprio sujeito não é um ponto de partida, mas dinamicamente o efeito das determinações culturais, inserido em um campo de complexas relações sociais, sexuais e étnicas. (MARIANO, 2005).

Na mesma direção Nicholson (2000), nos adverte que não podemos fazer do corpo um porta cabides forjando novos fundacionismos. Já para Butler (2003) a categoria sexo pertence a um sistema de heterossexualidade compulsória que claramente opera através da reprodução sexual compulsória. Sendo as definições biológicas de macho e fêmea produtos de toda uma matriz heterossexual, o que acaba por manter essa matriz encoberta de uma crítica radical.

Escolher viver ou usar certo tipo de corpo implica um mundo de estilos corporais já estabelecidos. Por outro lado, a escolha de um gênero significa interpretar normas de gênero recebidas de forma a identificar o gênero como um projeto que permite renovar a história cultural das condições corpóreas. (BUTLER, 1987). A autora reforça que este ato é uma tarefa que estamos nos esforçando sempre em assumir desde o começo. Esse problema segundo pressupostos marxistas pode ser entendido como o da constituição social da identidade pessoal e, por implicação identidade de gênero. Assim é possível escolher o gênero, não apenas dentro das condições culturalmente disponíveis, mas no cotidiano, na rua e no mundo. Assim este gênero está relacionado ao fato de estarmos sendo constantemente constituídos por outros, de modo que somos identificados por um gênero que outros vêm em nós ou nos atribuem.

Butler (2003) refere o fato de se falar em uma matriz de gênero que institui e sustenta o sujeito não significa afirmar que existe uma matriz singular e determinista como na proposta que se estabeleceu entre cultura e natureza, evidenciando que gênero como construção, prevê que a cultura age sobre uma natureza, como se fosse uma superfície passiva, fora do social. Por outro lado, não se pode afirmar que existem estruturas tais como a cultura, ou o discurso ou o poder que ocupam o lugar gramatical do sujeito. De acordo com essa visão, o discurso ou a linguagem ou o social tornam-se personificados e, nessa personificação, a metafísica do

sujeito é reconsolidada. A construção nessa perspectiva é um ato que acontece uma vez e cujos efeitos estão fixados.

Butler (2003) fala que a materialidade do sexo não é um simples fato biológico é efeito dissimulado do poder. Assim, o sexo é uma categoria normativa que produz, circunscreve e regula o corpo permitindo ou interditando certas identificações para produzir um corpo sexuado, culturalmente inteligível. O sexo é uma norma através da qual alguém se torna viável – é o que qualifica um corpo. Pensar os corpos diferentemente é parte de uma luta conceitual e filosófica. Assim, a construção do sexo não é mais como um dado corporal sobre o qual o construto de gênero é artificialmente imposto, mas como uma norma cultural que governa a materialização dos próprios corpos; repensar o processo pelo qual uma norma corporal é assumida, apropriada, adotada é uma vinculação desse processo de “assumir” um sexo com a questão da identificação e com os meios discursivos pelos qual o imperativo heterossexual possibilita certas identificações sexuadas e impede ou nega outras identificações. Esta matriz excludente pela qual os sujeitos são formados exige, a produção simultânea de um domínio de seres abjetos, aqueles que ainda não são sujeitos, mas que formam o exterior constitutivo relativamente ao domínio do sujeito.

O processo de construção que contrapõe a idéia de uma identidade fixa, presente no indivíduo, ou em um referencial teórico analítico do qual emergem todas as outras definições. Esse é o caminho que permite a desconstrução do modelo tradicional.

Butler (2003) questiona se gênero é uma construção, quem executa essa construção? Se gênero é construído ele não é construído por um eu, ou um nós que se coloca antes – fora, que não tenha sido sujeitado a uma atividade de generificação.

Trata-se mais de um lugar de disputa política, assim o sujeito que se faz a si mesmo, é sempre de alguma forma o eu que seleciona dentre inúmeras possibilidades e que é constituído por elas. Desse ponto de vista o eu não é situado, mas,

[...] constituído por posições e essas posições não são meros produtos teóricos, mas são princípios organizadores totalmente embutidos de práticas materiais e arranjos institucionais, aquelas matrizes de poder e discurso que me produzem como sendo viável. Com efeito, esse eu não seria um eu pensante e falante se não fosse pelas próprias posições a que me oponho, pois elas, as que sustentam que o sujeito deve ser dado de antemão, que sustentam que o discurso é um instrumento ou reflexão desse sujeito, já fazem parte do que me constitui (BUTLER, 1998, p.24).

Para Butler (1998), os sujeitos que instituem ações são eles mesmos efeitos instituídos de ações anteriores, e o horizonte em que nós agimos está aí como uma

possibilidade constitutiva de nossa capacidade de agir. As condições nas quais os corpos materiais, sexuados, tomam forma, estão relacionadas à sua existência, à possibilidade de serem apreendidos e à sua legitimidade. Contrapõe, portanto, o dualismo que por um lado faz uma reificação do gênero e da identidade e da categoria mulher X mulheres dentro da matriz heterossexual para pensar a construção variável da identidade – como pré - requisito metodológico. Fazendo uma releitura da lei estruturalista e da narrativa que explica a produção da diferença sexual, que se centra na fixidez e na universalidade presumida da lei, e, através de uma crítica genealógica, busca expor seu poder de generatividade inadvertida e auto-anuladora. (BUTLER, 2002)

Para Kehl (1998), em *Deslocamentos do Feminino*, recebemos ao nascer a marca da diferenciação sexual, assim, a criança é definida antes mesmo que o feto complete sua evolução, por conta dos exames de ultrasonografia, menina ou menino. A autora comenta que, foi tatuado em cada um de nós que somos "homem ou mulher" sem que nossa passagem pelo mundo seja acompanhada de nenhum manual de instruções que dê conta do ajuste entre este "ser homem" ou "ser mulher" e a ínfima singularidade do nosso desejo. Manuais de instrução existem sim. (KEHL, 1998, p. 33).

### 3.1.2 A divisão sexual do trabalho

Segundo Maia (2004) toda atividade de trabalho pode ser entendida como um encontro entre corpos, se agenciam, se interconectam, demandam escolhas e decisões e, portanto, tornam todo trabalho uma atividade de criação. O processo de trabalho em saúde compartilha características comuns a outros processos de trabalho que se dão na indústria e em outros segmentos econômicos. Evidencia-se

[...] a divisão social e técnica do trabalho, resultando em três dimensões básicas: a primeira, de natureza formativa dos profissionais de saúde; a segunda, da gestão e da gerência dos serviços; e a terceira, da produção propriamente dita dos serviços, operando ações promocionais, preventivas e curativas sobre a dor, o sofrimento e as demandas de saúde da população. (RODRIGUES, ARAUJO, 2004, p.20)

No nosso caso, focamos para a última dimensão, ou seja, a produção dos serviços.

Para os autores o serviço produzido pelo encontro entre quem produz e quem recebe, assim o profissional de saúde, durante o exercício de sua atividade, precisa manter uma relação humanizada com seus pacientes. Um encontro entre dois sujeitos, o fluxo das emoções flui entre ambos, criando uma relação entre dois sujeitos e não entre o profissional e o doente.

O trabalho em saúde está relacionado processo de produção do cuidado (MERHY, 1995), fundado numa intensa relação interpessoal, que sugere o vínculo entre os envolvidos para a garantia do sucesso no tratamento.

Pensar o trabalho em saúde significa problematizar uma questão mais ampla que é divisão social do trabalho como elemento fundamental da desigualdade entre os sexos.

[...] relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho são duas proposições indissociáveis que formam um sistema. A reflexão em termos de relações sociais de sexo é, ao mesmo tempo, anterior e posterior à reflexão em termos de divisão sexual do trabalho. Ela é preexistente como noção, mas posterior como problemática. É preexistente, pois foi uma aquisição do feminismo, por meio da emergência de categorias de sexo como categorias sociais, de mostrar que os papéis sociais de homens e mulheres não são produto de um destino biológico, mas que eles são, antes de tudo, construções sociais que têm uma base material. (KERGOAT, 1996, p.19),

Para a autora a divisão sexual do trabalho não é o resultado de um destino biológico, mas sim de construções sociais presentes nas relações humanas. Para a autora homens e mulheres são mais que uma coleção de indivíduos biologicamente distintos, pertencem sim a grupos sociais que estão engajados em uma relação social específica, as relações sociais de sexo e nesse contexto existe uma base material, que é o trabalho.

A modernidade trouxe a possibilidade de uma nova imagem sobre a mulher, em virtude de que antes do século XVIII pensava-se no modelo de sexo único, ou seja, o sexo masculino, sexo superior, perfeito, onde o feminino era identificado como gênero masculino inferior. (LAQUER, 2001). Iniciam-se estudos que trouxeram questões relativas ao lugar do feminino nas relações sociais, evidenciando que o conceito de relações sociais de gênero precisa ser compreendido de maneira global localizando-o em todos os lugares e em todos os níveis do social.

Nessa perspectiva para uma melhor compreensão da problemática revisitamos o tema da invisibilidade do trabalho feminino, utilizamos alguns estudos que demonstram a divisão sexual do trabalho como objeto de pesquisas em diversos países.

Segundo Hirata (2007) foi primeiro na França, depois na Inglaterra, e na sequência na Alemanha onde se produziu o campo. Foi no início dos anos 70, impulsionado pelo movimento feminista<sup>31</sup> que surgiram as primeiras teorias sobre o tema da divisão sexual do

---

<sup>31</sup> O feminismo realiza uma crítica à modernidade, apontando para uma nova forma de fazer política, propõe a politização do cotidiano. Para Foucault (2000) essas formas de poder, se articulam através de micro-poderes, estão presentes no cotidiano dos indivíduos, presentes nas relações pessoais e nos grupos.

trabalho. Primeiro na Etnologia depois na Sociologia e na História. Questionou-se a ciência sobre o mito da neutralidade científica e principalmente as teorias do determinismo biológico que, segundo Aguiar (1997) apresentavam um entendimento biológico e naturalizante da situação da mulher. As ciências biológicas reproduziam a tradição filosófica grega que representava o nascimento da mulher como uma punição divina e que com o seu destino voltado a procriação.

Desta forma a ciência se desenvolveu considerando o princípio da inferioridade feminina, invisibilizando a mulher que durante séculos produziram experiências e aprendizados.

O século XIX a mulher, com os problemas da revolução industrial é o demarcador da dicotomia entre trabalho feminino e/ou feminilidade. Segundo Scott (1994) a mulher trabalhadora visibilidade, gera o questionamento por parte de juristas e moralistas da época se era moral a mulher trabalhar e se o seu trabalho teria legalidade?

A figura da mulher trabalhadora se constituiu assim extremamente perturbadora. Para a autora, foi somente no século XIX, que a mulher foi observada, descrita e documentada com uma atenção sem precedentes, quando os seus observadores debateram a conveniência, a moralidade e até a legalidade das suas atividades assalariadas. A visibilidade da mulher trabalhadora resultou da sua percepção como um problema de criação recente que exigia uma resolução urgente ainda que sempre elas tivessem trabalhado.

Este problema implicava o próprio sentido da feminilidade e a sua compatibilidade com o trabalho assalariado, aspecto debatido em termos morais e de relações sociais. Fosse, o objeto da atenção, uma operária fabril, uma costureira ou uma compositora tipográfica emancipada, fosse ela descrita como uma jovem rapariga solteira, uma mãe de família, uma viúva idosa, ou como a mulher de um trabalhador desempregado ou de um hábil artesão. Quer fosse tomada como o exemplo último das tendências destrutivas do capitalismo ou como prova das suas progressivas potencialidades, as questões que ela levantava eram as mesmas: deve a mulher trabalhar por um salário?

O trabalho da mulher sempre foi condenado pelos moralistas, que afirmavam que antes de ser operária ou comerciante, a mulher deveria assumir seu papel de mãe, questionando seus ganhos produzidos por seu trabalho, evidenciando a importância dos filhos e a felicidade da família relacionada a sua vigília constante. As mulheres trabalhadoras mais combatidas foram as intelectuais, segundo Badinter (1985), foram vistas como as mais culpadas que as operárias, por que não necessitavam trabalhar e o faziam por recusarem-se

assumir as responsabilidades do lar e da maternidade foram consideradas culpadas pelos flagelos sociais e pelo esfacelamento da família e sociedade.

Qual o impacto do trabalho assalariado no corpo feminino e sua capacidade de desempenhar as funções materiais e familiares? Qual tipo de trabalho é adequado para a mulher? Essa era uma das questões chaves que atormentavam médicos, juristas e educadores.

Para Scott (1991) a história da separação entre o lar e o trabalho, conforme tratada pela maioria dos historiadores, enquanto resultado de desenvolvimento histórico inevitável, e resultado da natureza, seleciona e organiza a informação, de modo a obter certo efeito, um efeito que sublinha as diferenças biológicas e funcionais entre homens e mulheres, legitimando essas diferenças como base para a organização social. Assim, a história da mudança do lar para o local de trabalho, baseia-se num modelo esquemático de transferência da produção da quinta para a fábrica, da indústria doméstica para a manufatura, de atividades artesanais e comerciais em pequena escala para empresas capitalistas em grande escala. No entanto, as mulheres já trabalhavam regularmente fora de casa, antes da industrialização e a transferência da grande maioria da população assalariada feminina não se deu do trabalho no domicílio para o trabalho fora de casa, mas de um tipo de trabalho para outro.

Antes da Revolução industrial - as mulheres trabalhavam fora de casa, eram jovens e solteiras. Vendiam produtos no mercado, ganhavam dinheiro com o pequeno comércio ou como vendedoras ambulantes, empregavam-se como trabalhadoras ocasionais.

Verificou-se na sequência o emprego não especializado de baixos salários como reflexo da prioridade das obrigações domésticas e maternais, além do que, ser trabalhadora era uma anomalia, porque afinal o trabalho industrial ocupava o tempo todo, assim como os afazeres domésticos também ocupavam o tempo todo.

No universo europeu e norte-americano do século XIX as mulheres eram associadas ao trabalho barato, mas nem todo trabalho barato era considerado apropriado para elas. Se eram consideradas aptas para trabalhar nos têxteis, na confecção, no calçado, no tabaco, na alimentação [...] raramente eram encontradas nas minas, na construção civil, na construção mecânica ou naval, mesmo quando havia a necessidade de mão de obra considerada 'não qualificada'. [...] Ao homem, a madeira e os metais. À mulher, a família e os tecidos. [...] Trabalho para que eram contratadas mulheres era definido como 'trabalho de mulher', adequado de algum modo às suas capacidades físicas e aos seus níveis natos de produtividade. Este discurso produzia uma divisão sexual no mercado de trabalho, concentrando as mulheres em alguns empregos e não em outros, colocando-as sempre na base de qualquer hierarquia ocupacional e estabelecendo os seus salários abaixo do nível básico de subsistência. (SCOTT, 1991, p. 475)

Concepções como essas foram produzidas gerando sérios problemas teóricos que definiam todas as mulheres como iguais acentuando-se assim, as diferenças entre homens e mulheres. Dessa forma, o sexo era tido como a única razão para as diferenças entre homens e mulheres, interferindo na história da separação entre o lar e o trabalho, selecionando e organizando a informação de modo a obter um efeito que sublinha as diferenças biológicas e funcionais entre homens e mulheres. Essa concepção sobre a diferença é legitimada e institucionalizada como base para a organização social.

Scott (1991) analisa os processos discursivos que construíram a divisão sexual do trabalho referindo-se a identificação do trabalho feminino com certo tipo de emprego e como mão-de-obra barata, discurso formalizado e institucionalizado de várias maneiras no século XIX. As teorias políticas, as teorias econômicas, médicas, sindicais produziram fatos que não existiam, objetivamente, ou seja, a legislação assegurava que as mulheres eram dependentes e que as assalariadas eram um grupo insólito e vulnerável em certos tipos de empregos.

Por outro lado, a concepção de trabalho para os homens e mulheres tinha conotações muito diferentes a exemplo disso, o trabalho para os homens representava independência e identidade pessoal, enquanto que para as mulheres era tomado como um dever para com os outros. Enquanto jovens e solteiras, o trabalho das mulheres cumpria obrigações familiares; quando casadas e mães, era tomado como um sinal de dificuldades econômicas no lar. Assim, aglomeradas em trabalhos de mulheres, agrupadas em sindicatos de mulheres, a sua situação tornou-se mais uma demonstração da necessidade de reconhecer e restaurar as diferenças naturais entre os sexos.

No final do século XIX com a expansão dos setores comerciais e de serviços, empregavam-se mulheres jovens, solteiras nas repartições públicas, empresas e companhias de seguro, onde eram contratadas como secretárias, datilógrafas e escriturárias. Os correios preferiam mulheres para a venda de selos, as companhias de telefones e telégrafos empregavam operadoras femininas, lojas e armazéns recrutavam vendedoras, hospitais organizavam equipes de enfermeiras e as escolas preferiam as professoras. Assim, o tipo de trabalho mudou, mas isso não mudou a relação entre trabalho e casa para as trabalhadoras. Houve um deslocamento maciço do serviço doméstico, abriram-se oportunidades profissionais para as mulheres da classe média como as professoras, enfermeiras, encarregadas de fábricas, assistentes sociais. Mesmo assim "as mulheres eram associadas ao trabalho barato", embora, nem todo ele fosse apropriado para as mulheres nos discursos de época. (SCOTT, 1991, p.453).

O doméstico, para a mulher pobre, transformou-se numa possibilidade de trabalho. Ela não é livre no seu corpo, nem em sua vontade de instruir, nem em seu destino e, a cada novo momento, cruza com um conjunto de regras que se encerram e que se articulam num domínio coletivo, que a circunscreve severamente dentro de um jeito de ser, num papel que lhe é atribuído. Está inscrita no interior de uma hierarquia social, que recorta de forma drástica a sua paisagem com a dupla limitação, a do sexo e a do grupo social de sua origem.

Situação que é reforçada pela república, no Brasil nos anos 30 anos e na sequência nos anos 70, observamos que surgem espaços de discussão sobre as questões feministas, tais como o movimento sindical e operário - para discutir a condição e as práticas das operárias, suas reivindicações e as modalidades que assume a divisão sexual do trabalho na fábrica. As mulheres passaram a ocupar definitivamente e em massa este novo espaço de trabalho, contudo, sem deixar de realizar as tarefas domésticas, gerando sobrecarga. Em 1975 a Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu este ano como Ano Internacional da Mulher criando assim um novo espaço de discussão no sentido de mudar a sua situação de séculos de inferioridade e subordinação.

Kergoat (1982) que discute principalmente o trabalho feminino evidencia que na década de 70 vislumbrou-se o desenvolvimento de um feminismo operário preocupado em articular exploração econômica e dominação sexual. Assim como o movimento buscou reforçar as reivindicações do cotidiano das operárias contra o autoritarismo e a violência sexista. Mesmo se as operárias passam a ser exclusivamente objeto de uma sociologia específica, e se os temas de análise não são incorporados aos estudos sobre classe operária e tudo se passa como se o lugar na produção fosse elemento unificador de tal ordem, fazer parte da classe operária significa comportamentos relativamente unívocos. (KERGOAT, 1978).

Escondem-se desta forma, os elementos para análise das práticas operárias, das relações de gênero traduzidas na hierarquia entre os sexos. Os conceitos estão marcados por classe operária entendida como masculina, ou seja, uma prática que constrói a invisibilidade das mulheres, por que afinal: o consenso da época era que os homens e não as mulheres são os principais atores sóciopolíticos e às mulheres caberia procriarem e terem filhos.

Para Bruschini (1992) os conceitos e procedimentos metodológicos tradicionalmente utilizados para medir o trabalho sempre ocultaram a contribuição feminina. Dada a maior difusão e aceitação social da função feminina estar ligada aos afazeres domésticos. Esse fato, faz com que ela seja declarada como a principal ocupação da informante, mesmo quando ela exerce também outro tipo de tarefa, no setor agrícola, ou mesmo em muitas atividades informais na zona urbana.



Atualmente para Sampaio (2007) já existe certo consenso em relação a questões fundamentais para entender a participação feminina na sociedade como um todo e no trabalho em particular. A primeira questão está associada a redefinição do conceito de trabalho, tanto do ponto de vista teórico quanto operacional, ampliando-se para que nele caibam muitas tarefas que fazem parte da vida cotidiana das mulheres e dos outros membros da sociedade.

Neste cenário as mulheres devem ser vistas nas especificidades e peculiaridades de sua condição social. Ao lado do direito à igualdade, surge, também, como direito fundamental, o direito à diferença. Importa o respeito à diferença e à diversidade, o que lhes assegura um tratamento especial. (PIOVESAN, 2006, p.206)

Como modificar o que está posto sobre o trabalho da mulher se no Brasil, a produção sociológica sobre o tema, não foi ampliada, como no caso de outros países?

Lobo (1990) diz que os estudos sobre o trabalho feminino não tem um estatuto central na sociologia do trabalho. Na década de 80 alguns estudos referem-se ao trabalho feminino a partir da noção de divisão sexual do trabalho, princípio organizador baseado na noção de preexistência de relações sociais entre os sexos. Os espaços produtivos neste caso seriam segregados, definindo-se qualificações e características próprias para cada tarefa, conforme o sexo de quem as executa, relegando a mulher para os ramos industriais mais atrasados (SAFFIOTI, 1980). Estes estudos sobre a divisão sexual do trabalho apresentam-se descritivos e classificatórios, se prestam a indicar o diferencial de posicionamento de homens e mulheres na estrutura setorial, ocupacional e de remuneração, ou servem para indicar que o trabalho doméstico seria próprio de mulher.

Ao longo dos anos 70 e 80, paralelamente a esse debate teórico, foi se desenrolando um processo de desvendamento e de crítica às estatísticas oficiais disponíveis para pesquisar a atividade econômica feminina, consideradas inadequadas para mostrar a real contribuição das mulheres à sociedade. A maior parte das críticas refere-se ao nível pouco adequado de mensuração da atividade das mulheres. (BRUSCHINI, 2006, p.332)

Para a autora o Recenseamento de 1980 trouxe grandes contribuições teóricas e metodológicas sobre o trabalho feminino foram introduzidas, referindo-se aquelas que dizem respeito ao conceito de atividade/inatividade econômica. A categoria de inativos abriga indivíduos que não trabalham, porque vivem de renda, porque são aposentados, pensionistas, doentes ou inválidos, estudantes e os/as que realizam afazeres domésticos. Ou seja, apesar do

considerável volume de atividades que se escondem sob a rubrica afazeres domésticos<sup>32</sup> e que mantêm ocupadas mulheres de todas as camadas sociais, o trabalho doméstico não é contabilizado como atividade econômica nesse tipo de levantamento. A atividade de dona-de-casa costuma aparecer como a principal ocupação da respondente, a não ser que ela exerça outras atividades claramente identificadas como profissionais. Este viés poderá ser agravado conforme a formulação das perguntas e a postura do entrevistador que tende a classificá-la prioritariamente na função de dona-de-casa e, portanto, inativa. (BRUSCHINI, 2006)

Para Hirata (2004) o mistério que envolve o trabalho doméstico e os sentimentos que estariam na base desta divisão desigual de tarefas domésticas está na edificação das diferenças que se localizam no nível profissional. Na socialização familiar se encontra o discurso construído desde a infância a respeito da incompetência técnica feminina, dividindo papéis masculinos e femininos. Surgindo concepções sobre no exercício e o domínio técnico para o menino, quando se expressa que ele sabe consertar o carro, consertar pequenas máquinas, em contraposição o serviço para as meninas sempre relacionado ao cuidar da boneca, cuidar do irmão menor, ajudar a por a mesa. As funções de cargos atribuídos às mulheres são sempre caracterizadas por esta relação de serviço, assim o trabalho doméstico disponibiliza a mulher para marido e filhos.<sup>33</sup>

Esta dicotomia é reforçada no discurso recorrente em torno da “incompetência técnica da mulher”, Pesquisas realizadas na Sociologia do Trabalho apresentam dados sobre quem são os menos empregáveis, apontando de forma convergente para as mulheres:

Com relação à questão da empregabilidade, se definida como a possibilidade de sair do desemprego e de ingresso no coeficiente dos empregados [...] podemos dizer que as mulheres não são competentes. Elas são menos competentes do que os homens, porque têm mais dificuldades de sair de uma situação de desemprego para uma

<sup>32</sup> A sobrecarga de afazeres domésticos atrapalha a inserção das mulheres no mercado de trabalho. Entre os homens, a jornada média semanal é de 42,9 horas fora de casa, enquanto entre mulheres ela é de 34,7 horas. (SOARES, 2007)

<sup>34</sup> A pesquisa de Ana Lúcia Sabóia, gerente de indicadores sociais do IBGE, "Tempo, trabalho e afazeres domésticos: um estudo com base nos dados da Pesquisa por Amostra de Domicílios de 2001 e 2005", (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE), mostra que desde a infância as mulheres recebem a incumbência de realizar as tarefas domésticas e que a participação dos homens nos afazeres da casa aumenta entre os homens mais velhos e os mais escolarizados. O aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho não foi acompanhado da redução da jornada dupla em casa. A soma das jornadas médias de trabalho - em casa e no emprego remunerado - mostra que, na média, as mulheres trabalham uma hora a mais que os homens. Entre as mulheres ocupadas, 92% também têm afazeres domésticos, enquanto apenas 51,6% dos homens trabalham em casa. Entre as mulheres ocupadas e com idade de 25 a 49 anos - período em que normalmente há filhos pequenos na família - a proporção das que realizam trabalhos domésticos é de 93,3%, com média de 22,5 horas semanais trabalhadas em casa. (SOARES, 2007)

situação de emprego e quando conseguem entrar na situação de emprego, têm mais possibilidade de entrar num emprego precário, como o de tempo parcial por exemplo, e não o de trabalho em tempo integral, qualificado, com possibilidades de carreira e de promoção. (HIRATA, 2004, p. 147).

Estudos sobre gênero e trabalho em relação ao papel desempenhado pelas mulheres trabalhadoras tem demonstrado em maior percentual, que os homens ainda são identificados como responsáveis em prover a casa, e para a mulher um papel secundário complementando esta renda.

O grande desafio segundo Kergoat (1987) é conseguir articular esse caminho para que as mulheres se tornem visíveis, e posteriormente, para que o grupo se torne objeto sociológico e, principalmente para que possa ser examinado. É fundamental aprender a raciocinar em termos de relações sociais, e nesse sentido, o que se propõe é que se estude o trabalho feminino em termos de relações sociais com seu corolário: as práticas sociais, onde relação significa contradição, antagonismo, luta pelo poder, recusa a considerar que os sistemas dominantes (capitalismo e patriarcado) são totalmente determinantes e que as práticas sociais apenas refletem essas determinações.

As relações sociais de sexo estão presentes numa base material, ou seja, na divisão sexual do trabalho, onde estão presentes a hierarquização e o poder. Hirata (2002) discute o conceito de divisão sexual do trabalho, considerando as várias dimensões do trabalho, que estão relacionadas as questões sociais, da vida econômica, da organização e da subjetividade.

Esta idéia vinculada a possibilidade de buscar esta compreensão a partir das análises e do referencial teórico de gênero que estão se multiplicando e possibilitando, em diferentes áreas do conhecimento, uma visibilidade maior das relações sociais singulares que informam não apenas desigualdades, mas hierarquias nas relações de poder entre homens e mulheres, mulheres e mulheres, em diferentes contextos sociais. (BRUSCHINI ; COSTA, 1992).

No caso das relações entre os homens e mulheres estas são vividas e pensadas enquanto relações entre o que é definido como masculino e feminino: os gêneros (SOUZA-LOBO, 1992, p. 260), neste sentido a divisão sexual do trabalho é um dos lócus das relações de gênero. E o uso do gênero como categoria analítica constrói ao mesmo tempo uma relação social - simbólica, sem estabelecer uma mecânica de determinação. Este coloca em jogo a própria redefinição da relação de trabalho.

Dessa maneira, expõe uma situação de discriminação dentro de uma cultura masculina, denunciando, além de desigualdades legais em relação ao homem, uma diferença cultural que desvaloriza a figura feminina mesmo nas relações mais íntimas e cotidianas.

Flax (1994) refere-se ao feminismo como uma forma de filosofia pós-moderna, na tentativa de enfrentar situações como citadas por Scott junto às entidades de classe a exemplo dos sindicatos que dificultavam e mesmo impediam a participação da mulher, quando "obrigavam as mulheres que desejassem tomar a palavra nas reuniões a trazerem uma autorização escrita dos seus maridos ou pais". (SCOTT, 1991, p. 465). No trabalho em saúde essa dicotomia será visibilizada nas concepções entre a enfermagem e o "doutor". De onde a desnaturalização da categoria cuidado se faz imprescindível.

### 3.1.3 O Cuidado

*O cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim. Passo então a dedicar-me a ele. Disponho-me a participar de seu destino, de suas buscas, de seu sofrimento e de seus sucessos, enfim de sua vida. Cuidado significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato. Como dizíamos, estamos diante de uma atitude fundamental, de um modo de ser mediante o qual a pessoa sai de si e centra-se no outro com desvelo e solicitude. (BOFF, 1999, p. 91)*

O cuidado com alguém, faz parte da espécie humana, e no processo de garantia de vida, nasce do interesse, da preocupação e do carinho que implicam ajudar alguém a sobreviver, a garantir saúde. Uma característica humana. Cuidar relacionado ao comportamento que envolve conhecimento, valor, habilidade no sentido de garantir as potencialidades dos indivíduos para possibilitar qualidade de vida do ser humano, portanto, para todos. (SOARES; SABÓIA, 2007).

Compreendendo o tema deste estudo que trata do trabalho de médicos e enfermeiras, identificamos a necessidade de situar e problematizar o conceito de cuidado, mais especificamente, o cuidado engendrado nas ações dos profissionais da ESF. A profissão da enfermagem está relacionada a prestação de cuidados de uma maneira institucionalizada, portanto, profissional. (LOPES; LEAL, 2005).

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata (1978), refere-se ao sistema formal e informal de cuidados da saúde propondo que estes cuidados para serem compreendidos e aceitos pela comunidade deverão ser desenvolvidos por profissionais de saúde da comunidade devendo receber treinamento adequado para suprir as necessidades que a população aponta como relevantes.

O termo cuidado abrange práticas de saúde que envolve muitas considerações, isto é, para que as práticas de saúde tenham, como produto final, o cuidado, está implícito

que, nos serviços, estejam ocorrendo: o acolhimento, as relações de responsabilidade, a autonomia dos sujeitos envolvidos, as necessidades de saúde, a resolubilidade, o compromisso, o social, o econômico, as políticas públicas, enfim, a integralidade. (ALMA-ATA, 1978, p.29).

A grande diferença entre estas profissionais enfermeiras e a figura da mulher-mãe é que a última adquiriu sua base “teórico-prática” informalmente e transmitida de mulher para mulher, é a desmistificação de muitos atos e práticas relacionadas à cura. À mulher caberia fazer o menor, este fazer era o cuidado, ou seja, a higiene dos doentes, a limpeza do ambiente, papel considerado sujo impróprio para o fazer do médico. Vindos de famílias ricas, nas quais eram ensinados a não tocar nos doentes. (BADINTER, 1986).

Segundo Silva e Kirschbaum (1998) o exercício profissional de enfermagem está ligado às características femininas e de cuidado aos pacientes e em muitos casos podem ser associados também a algum exercício religioso desta profissão, como por exemplo, encontrado em casas de repouso e centros hospitalares regidos por alguma ordem católico-religioso. Mesmo quando encontramos freiras nos serviços de administração hospitalar, elas estão em esferas cujas lógicas organizacionais e estéticas são de concepções tradicionais, hierarquizadas em práticas masculinas.

Este exercício impulsionado por valores ideológicos religiosos serve, igualmente, para fundamentar o exercício feminino ligado aos cuidados da saúde. O lado “masculino” da Igreja, desempenhado por bispos, padres e freis, está ligado à funções de organização e gerência estrutural e financeira, ou mesmo em funções clérico-paroquiais de ajuda e aconselhamento espiritual. Enquanto que o “feminino”, por sua vez, desempenhado por irmãs e freiras, são destinadas ao ensino, cuidado e preservação da saúde.

Assim, esta seletividade sexual, caracterizada pelos valores sociais, profissionais e por último religiosos, tende a uma estruturação em grupos de ação e incorporar características de organização e desenvolvimento tecnológico no campo científico e também de um desenvolvimento humano no campo social.

Essa associação entre cuidado e mulher é uma questão de gênero que envolve percepções e práticas marcadas por uma clara divisão sexual das tarefas. E, não se trata apenas do público e do privado, mas do exercício das escolhas e das trajetórias de vida de homens e mulheres em relação às suas carreiras, às dinâmicas profissionais, ao lugar de inserção na renda familiar e muito especialmente, da forma como se negociam e se organizam, ou não, as atividades do âmbito doméstico, ou referido a ele. Como as mulheres estão conciliando seu trabalho, sua vida, seus desejos, com essas dimensões da organização

social, cultural e dos estereótipos que as inserções reprodutivas da maternidade e do cuidado carregam, continua sendo um grande desafio analítico. Fica muito aquém do ideário de igualdade de direitos entre os sexos, mesmo se as crises econômicas, a crise da instituição do homem provedor, e das diferentes realidades sociais, vinculadas à miséria e a pobreza tenham obrigado grande parte das mulheres a trabalharem fora de suas casas também, com tripla jornada, muitas vezes.

Essa relação a divisão sexual do trabalho, nos interessa de maneira particular nesse campo do cuidado, porque ela é uma questão nodal no conjunto da organização social relativa a produção e a reprodução da vida e da reprodução social.

Conforme nos mostram Araújo e Scalón (2005), mesmo se as famílias estejam ficando menores, e se estejam ocorrendo uma série de novos arranjos familiares, compostos por alterações nos padrões de conjugalidade e se as estatísticas mostram um crescimento de famílias compostas apenas por um indivíduo, famílias monoparentais, ou as compostas de casais do mesmo sexo e de casais sem filhos. O acesso das mulheres ao trabalho pago, a ordem reprodutiva e a maternidade, não acompanha o mesmo ritmo de mudanças sociais. Permanece condicionado pela domesticidade de suas relações, como se fosse exterior às suas vidas, pensado no caso do trabalho, como uma ajuda econômica a família, no caso da maternidade como sua condição enquanto ser mulher, e não como um campo do direito e das escolhas geradoras de autonomia.

Por causa dessa mesma dinâmica e dessa ordem simbólica de gênero, também são elas aquelas que devem dar atenção em casa quando o trabalho não é pago, e se pago como no caso, de algumas áreas de serviços da saúde. Ou educação, será muito pouco valorizado porque ainda é impregnado de percepções e práticas que se engendram sobre a idéia de que a mulher sabe fazer isso naturalmente. Destarte, não se faz necessário investir nesse aprendizado, de modo que esse trabalho não deve ser computado socialmente no sentido de equivalência em dinheiro, ou de partilha com todos os membros envolvidos na situação da casa, e/ou da doença de alguém em casa.

As relações tendem a concentrarem elevada expectativa de afeto e autenticidade no cuidado exercido pelas mulheres, e chega-se mesmo a afirmar que homem não sabe fazer. Tais expectativas têm se revertido em muitas dinâmicas presentes nos lugares de trabalho, em sobrecargas emocionais, geradas pela competitividade do mercado de um lado, e de outro pelo cumprimento de uma responsabilidade do afeto, do cuidado e do provimento diário. O que para o campo do nosso estudo, exime a sociedade e a saúde pública de sua parte nas tarefas e políticas de apoio, medicamentos, e inserções gerenciais sobre o que deva e possa ser feito

com as pessoas, no que tange a saúde pública. Esse tipo de situação está centrado em expectativas sobre cuidado e sobre trocas emocionais que não são partilhadas de igual modo por homens e mulheres, e quando em situação de doença familiar, costuma recair completamente, ou quase completamente, sobre um membro da família, a mulher.

Nesse sentido o cuidado ganha além dos aspectos necessários a proteção, aos cuidados higiênicos, físicos, emocionais, expectativas em relação a muitas trocas e responsabilidades que não são partilhadas, nem pelos membros da família, nem pela sociedade em geral, e nem o que é mais grave pelos serviços de saúde.

O cuidado surge na sociedade sempre em momentos críticos, Florence Nightingale (1820-1910) representante da nova enfermagem em 1854, parte de Londres para a Turquia, cenário da guerra da Criméia. Comprometida com a responsabilidade de sua profissão assume o cuidado e em dois meses consegue reduzir a mortalidade de 42% para 2%. No Brasil, o cuidado está presente na cultura e hábitos populares e indígenas, somente profissionalizado em meados do século XIX na Europa. A construção da identidade masculina e feminina na função de cuidadores possui uma característica dinâmica, posta no tempo e espaço, no entanto estudos demonstram que existe uma seletividade para a escolha do sexo feminino para desempenhar a função de “cuidadora”.

O cuidado em saúde deveria ser pensado como tarefa de todos, assumido sem nenhuma forma de desigualdade no momento de planejar as tarefas. Ouvir o que a comunidade quer contar, significa acolher esta comunidade e isto significa trabalho da equipe. O acolhimento é uma maneira de cuidar desta população, é uma maneira de garantir o diálogo para a educação em saúde, educação popular que "não visa criar sujeitos subalternos educados: sujeitos limpos, polidos, alfabetizados, bebendo água fervida, comendo farinha de soja." Tem como premissa "o esforço para a organização do trabalho político que, passo a passo, abra caminho para a conquista de sua liberdade e de seus direitos"... (VASCONCELOS, 1998, p.43) Quando não se efetiva o cuidado nos serviços de saúde, os usuários tendem a reclamar do desinteresse e falta de responsabilidade dos profissionais e serviços ao seu redor, gerando insegurança, desinformação e sentimento de desamparo.

O médico e a enfermeira que participam de uma equipe de saúde devem atuar como facilitadores do processo de cuidado. Esse cuidado para Peterlini (2004) assumindo a dimensão de cuida-interação, dessa forma [...] deve proporcionar diferentes canais de interlocução entre o ser cuidado e os demais profissionais, identificando como agentes do cuidado: o indivíduo, a família e o cuidador.

O cuidado costuma ser visto como uma divisão de trabalho tradicional entre homens e mulheres, onde dimensões da diferenciação dos gêneros na sociedade estão postas de forma a evidenciar relações que não devem ser assumidas igualmente por homens e mulheres:

[...] os homens se preocupam com dinheiro, carreira, idéias e progresso; mostram que se preocupam com o trabalho que realizam, os valores que têm e o sustento de suas famílias. As mulheres cuidam de suas famílias, vizinhos e amigos; e o fazem ao realizar o trabalho direto de cuidar. O percurso prossegue assim: os homens se preocupam com coisas mais importantes enquanto as mulheres se preocupam com aquelas de menor importância. (TRONTO, 1997, p. 186)

Para Tronto (1997) o cuidar abarca um compromisso, o cuidar é necessariamente relacional, podemos dizer que cuidamos de ou temos cuidado com alguma coisa ou com alguém. Podemos distinguir “cuidado com” de “cuidar de” com base no objeto dos cuidados, realizar tarefas domésticas é cuidar da casa. Médicos, enfermeiras e outros proporcionam cuidados médicos. "Os historiadores cuidam do passado. Os juízes cuidam para que seja feita justiça. [...] Presumimos normalmente que as mães cuidem de seus filhos, que as enfermeiras cuidem dos pacientes." (TRONTO, 1997, p. 187).

"Cuidado com" refere-se a objetos menos concretos; caracteriza-se por uma forma mais geral de compromisso. "Cuidar de" implica um objeto específico, particular, que é o centro dos cuidados.

Assim, o cuidar implica algum tipo de responsabilidade e compromisso contínuos, cuidar relacionado a responsabilidade de assumir uma carga; cuidar significa assumir um trabalho, assumir um sacrifício, despende energia em relação ao objeto de cuidados.

Em nossa sociedade, a responsabilidade de "cuidar de" localiza-se na família; as profissões que proporcionam cuidados são muitas, chamadas de apoio para cuidados que não podem mais ser proporcionados dentro da família. O mercado na sociedade moderna gerou uma versão de cuidados crescente, que no caso dos prestadores de serviços que fingem cuidado com seus clientes.

Tronto mostra que cuidar é uma atividade localizada em gênero tanto no âmbito do mercado como na vida privada, evidenciando que as mulheres acabam assumindo ocupações geralmente que envolvem cuidados. Como se houvesse a possibilidade de dividir os papéis tradicionais de homens e mulheres afirmando que em nossa sociedade os homens tenham "cuidado com" e as mulheres "cuidem de".

"Cuidar de" adquire significado moral quando se assume a atribuição da responsabilidade de cuidar de alguém, alguma coisa ou de alguns grupos, então essa atividade



acaba por refletir se as obrigações sociais atribuídas a quem cuida e sobre quem faz essa atribuição. A autora refere que essa moralidade pode afetar a interação com outros agentes moralmente autônomos; e as relações entre os que cuidam e os que são cuidados são frequentemente relações entre desiguais, nas quais existe alguma dependência.

Para cuidar é preciso conhecer as necessidades alheias, conhecimento esse, que vem dos outros, das suas necessidades, como por exemplo: "O procedimento adequado da enfermeira diante de um paciente que não quer acabar uma refeição depende do conhecimento de suas condições médicas, de seus hábitos e preferências." (TRONTO, 1997, p. 191). Ser atento para poder ver claramente os interesses da pessoa que está sendo cuidada, o que envolve muito empenho de tempo e esforço. Cuidar é arriscado na medida em que no engajar-se demais em cuidar do outro, a perda deste pode levar a destruição, assim para a autora não pode haver no cuidado uma noção romantizada de abnegação, ou o contrário, permanecer à parte. Para que alguém possa cuidar de outro, é necessária uma ligação entre o ser e o outro, a natureza dessa ligação constitui um problema para qualquer ética do cuidar.

O cuidado é uma atividade assistencial para satisfazer necessidades dos outros. Para tanto, uma relação igual de cuidados compartilha uma percepção de suas concretas complexidades, respeitando a racionalidade e autonomia dos indivíduos, buscando o equilíbrio entre as preocupações consigo mesmo e com os demais. O cuidar afeta quem assume as tarefas de cuidado, porque este precisa se envolver com o outro, como afeta quem está sendo cuidado porque suas necessidades são atendidas e porque ela deve de alguma forma, responder ao cuidado oferecido e aceitá-lo, além do mais é um ato político.

Os profissionais que trabalham no campo da saúde de alguma forma assumem o papel de cuidadores, criando vínculos, garantindo os cuidados e a atenção de que ele a população necessita (Merhy, 1998).

Tronto retoma a idéia do "roteiro tradicional do cuidar" que toma por base a divisão do mundo masculino e feminino como sendo respectivamente público e privado, colocando as mulheres como que atadas à atividade mais particular de cuidar de outros está em oposição às preocupações mais públicas e sociais dos homens. Evidencia a necessidade de questionar o cuidado e as formas de cuidar inseridas nas instituições políticas e sociais em nossa sociedade, por que o cuidar :

[...] enfatiza ligações concretas com outras pessoas, evoca muito da essência diária das vidas das mulheres e representa uma crítica fundamental à teoria moral abstrata, pois surgindo muitas vezes como aparentemente irrelevante para ela, é, entretanto, um tema digno de séria atenção por parte dos (as) teóricos (as) feministas. (TRONTO, 1997, p.201).

Mediante isso, a abordagem feminista sobre o cuidado mostra a necessidade de ampliar a compreensão do que significa cuidar de outros, revendo as questões morais, igualmente reestruturar instituições políticas e sociais no sentido de que o cuidar de outros pode significar uma parte fundamental das vidas de todo mundo na sociedade. Tronto assevera que o cuidar está profundamente ligado a circunstâncias particulares; circunstâncias particulares que demandam ser problematizadas em relação a forma como são socialmente construídas.

#### 4. TRAJETÓRIAS PROFISSIONAIS - AMBIGUIDADES DA PRÁTICA

No conjunto deste trabalho o capítulo que aqui se apresenta tem por objetivo compreender a narrativa dos sujeitos da pesquisa evidenciando os caminhos que os conduziram ao trabalho na área da saúde, especificamente na ESF. Faz-se a exposição dessa maneira procurando visibilizar esses profissionais através de sua fala, de suas histórias e de recordações sobre a sua formação e experiências profissionais. Inspira-se na idéia de que [...] o tempo nada dispersará sem reconstituí-lo em uma unidade recomposta; promessa de que o sujeito poderá, [...] através da consciência histórica se apropriar, de todas essas coisas. (FOUCAULT, 1997, p.14). Coisas que estão mantidas à distância pela diferença, restaurando assim o seu domínio sobre elas, tendo a possibilidade de encontrar o que o autor chama de "sua morada".

Dividimos esse capítulo de maneira a evidenciar as informações construídas a partir do campo, onde se verifica muitas facetas de análise a construir para recompor a unidade do tema. Tentando assim, desvelar as dimensões exigidas pelas relações imbricadas nos objetivos a que se propõe este estudo, numa tentativa de sistematizar a narrativa e identificar as relações generificadas que ocorrem na ESF. Visando também responder a seguinte pergunta que gerou a necessidade de realizar esta pesquisa - As relações do trabalho de médicos (homens) e enfermeiras (mulheres) que atuam na ESF evidenciam subordinação e poder marcados pelas desigualdades entre homens e mulheres ou a característica interdisciplinar lhes permite novas relações?

Nessa perspectiva, passaremos a examinar: a) o significado que diz respeito às práticas de cuidado no meio familiar e que se engendram por meio do modo como cada indivíduo faz seu caminho de inserção no campo da ESF; b) os conteúdos das tarefas; c) a conquista de espaço profissional.

O conteúdo das tarefas assumidos por médicos e enfermeiras nos permitiu pensar as concepções sobre as práticas de cuidado no que se refere as funções previstas nos princípios da ESF, explicitando um pouco das dinâmicas que falam das tarefas tais quais a ESF prevê. Esta análise também permitiu perceber o modo como os profissionais entram e se envolvem com as tarefas, apontando para o possível caminho valorativo que está imbricado nas escolhas que realizam.

Nesse sentido, apresentamos a experiência profissional e possíveis rupturas que fizeram em suas vidas, sua história, das crenças, dos valores, que fazem com que se decidam

ou não para este lugar; evidenciando as condições estruturais da ESF, os conceitos sobre cuidado, saúde família e saberes que se interpõe nessas decisões.

Resgata-se inicialmente na fala dos entrevistados como fizeram a opção pelo trabalho na área da saúde evidenciando algumas histórias do início de suas carreiras profissionais. Como uma sequência "[...] uma seqüência de experiências vividas, as datas em que estas tiveram lugar e suas circunstâncias, intervalos e seus desdobramentos [...]" (HEILBORN, 1998, p. 395), como uma maneira de inserir os sujeitos no cenário da pesquisa. Como uma ordem das sucessões no sentido da perpetuação da linhagem, da herança em sentido amplo; comenta a tendência à perpetuação no ser da posição social que ocupam seus antecessores. Sendo assim, as trajetórias não são individuais, referem-se ao meio social e podem significar ascensão ou não. Trajetórias como forma de explicar, de contar fatos, comportamentos, necessidades e aspirações dos sujeitos. (BOURDIEU, 2001).

#### 4.1 Escolhas e percepções

Nas falas abaixo a análise dos relatos sobre os caminhos que conduziram ao trabalho em saúde, o significado que diz respeito às práticas de cuidado no meio familiar e que se engendram por meio do modo como cada indivíduo faz seu caminho de inserção no campo da ESF:

[...] Eu nunca imaginei que fosse fazer faculdade na área da saúde. [...] eu quero uma coisa mais prática, uma coisa que eu vá mexer com pessoas, e não ficar lendo, decorando leis... E aí eu comecei a ver na área da saúde que profissão que eu iria escolher. [...] Comecei estudar as profissões na área da saúde, a 1ª que vem na cabeça, é sempre a medicina, mas não quis estudar 6 anos, me dei conta que direito iria me exigir muito. [...] a segunda profissão que veio foi a enfermagem, como tinha tias enfermeiras isso contribuiu um pouco pra eu escolher essa profissão. Quando eu percebi como era o trabalho da enfermeira, que era o cuidar do outro, me apaixonei, me encantei... E isso que eu quero fazer, eu não construí isso ao longo da minha infância e adolescência, foi de uma hora para a outra. [...] (Carla – Enfermeira)

Temos aqui alguns elementos que podem ser elencados tais como o tempo de estudo, se fizesse medicina teria que estudar muito mais; a influência familiar das tias relacionado aos processos de identificação social e também o desejo explícito de cuidar do outro, uma forma de encontrar a realização profissional.

[...] Optei pelo curso não por gostar, sempre fui da área administrativa [...] Quando enfrentei a doença do meu pai, com muitas dificuldades, passei muito tempo dentro

do Hospital, este processo me incentivou a escolher ser enfermeira. Estar tanto tempo no interior do hospital me fez ver a necessidade de ajudar as pessoas. Foi durante o curso que me apaixonei pela profissão! Hoje ganhando menos do que poderia ganhar na área administrativa, mas vejo um ganho muito maior, que é o da realização profissional. [...] que me dá energia para seguir em frente assumindo como coordenadora a equipe de Saúde da Família uma responsabilidade que é sempre muito grande. [...] (Sandra – Enfermeira, coordenadora ESF).

A realização profissional mesclada com essa ajuda que é identificada no sentido de contribuir, de cuidar do outro, esse cuidar do outro, compreendida por estudos como uma atividade relacionada à mulher, à enfermeira. Esse cuidar relacionado com a possibilidade de garantir a qualidade de vida, especialmente a vida de pessoas mais carentes, esse é um dos principais motivos que levam a esta escolha profissional. Essa escolha como forma de ser útil junto de pessoas que sofrem ou na sua própria doença ou na doença de familiares ou amigos.

Esse discurso é uma constante no cotidiano das mulheres que escolhem o curso de enfermagem, como se o profissional de enfermagem fosse ligado a um estereótipo: mulher-enfermeira, exposta a um cotidiano assistencial pronto para ser organizado e pensado pela enfermagem. Parece-nos que aqui está um dos cerne das questões que levantamos em nossas hipóteses. Assim como se “[...] as relações entre homens e mulheres [...] pudessem ser [...] vividas e pensadas enquanto relações entre o que é definido como masculino e feminino – os gêneros. Neste sentido a divisão sexual do trabalho é um dos muitos lócus das relações de gênero” (Lobo, 1991, p. 11), nesse contexto e concepções.

As entrevistadas demarcam a realização profissional com a satisfação pessoal, essa energia que move seu trabalho como se tivessem uma vocação, o trabalho como uma missão. Assim como por acreditarem que há uma responsabilidade em ser assumida que é de garantir a qualidade de assistência à população.

[...] Trabalhava como instrumentadora cirúrgica, mas foi a morte da minha irmã que me fez rever a profissão e fazer enfermagem. Ver o sofrimento de perto me fez refletir sobre a necessidade de ajudar as pessoas, de cuidar e de garantir acolhimento nessa hora tão difícil da doença. A gente vê pessoas doentes, morrendo... Senti vontade de fazer alguma coisa para mudar o que vi durante essa perda. Trabalhei como bancária ganhava bem [...] sei que jamais vou ficar rica trabalhando como enfermeira, mas não foi o salário que importou naquele momento e sim a realização profissional que só a enfermagem trouxe. [...] (Denise - Enfermeira, coordenadora ESF).

Observamos na fala de Sandra e Denise que também as situações de sofrimento familiar acabaram influenciando a opção pela profissão, evidenciando uma sensação de impotência no enfrentamento da doença do pai e da irmã que lhes são tão importantes.

Impotência enquanto ser humano e busca da profissão como que reparando uma lacuna na vida de tantas pessoas que não são ajudadas, cuidadas.

[...] Em primeiro lugar pela realização pessoal em ajudar pessoas e na sequência por participar das lutas pelo espaço da profissão desde o tempo da graduação. Acompanhando as reivindicações dos direitos da categoria, a década de 80 foi um período de grandes realizações para a legislação da profissão. Se o enfermeiro quer ter seu espaço garantido nas ações de saúde precisa estar atento buscando sempre com a categoria melhores condições para desenvolver seu trabalho. [...] (Fabiana – Enfermeira)

Por outro lado, ainda se identifica na fala de Fabiana que a enfermagem permanece muito idealizada, indicando satisfação profissional em detrimento de salário e motivação para assumir a responsabilidade que o trabalho exige. Se as enfermeiras referem ainda sobre a visão idealizada de sua profissão, referenciando realização ao desenvolverem atividades de ajuda, é possível pensar que esta concepção e este agir profissional possam resultar em problemas relacionados ao estresse e à saúde dessa trabalhadora enfermeira.

A prática da enfermagem sofreu grande influência da Igreja com o advento do cristianismo, no Brasil desde sua origem representou abnegação e dedicação. Como se a enfermeira precisasse apresentar características de disciplina e obediência. Uma profissional que não tenha nenhum posicionamento crítico, mas que saiba cuidar e socorrer os doentes. Talvez esse seja um dos motivos que fazem com que a categoria enfrente tantas dificuldades em relação às jornadas de trabalho extremamente longas, remuneração salarial questionável em relação aos demais profissionais da saúde. A dificuldade de empregos com melhores salários e a posição às vezes de subalternidade podem estar apontando para certo desencanto com a profissão.

A escolha profissional e o estudo para os médicos ao contrário das enfermeiras aqui parece representar independência financeira e identidade pessoal. Escolha pensada de maneira a possibilitar uma estabilização profissional

[...] Sai da faculdade com aquela idéia de ter que fazer uma especialidade, eu ia fazer ginecologia, pois eu tenho um pai que é ginecologista. Só que eu me formei no meio do ano, eu precisava esperar para fazer a prova de residência. Nesse meio tempo eu **fui arrumar um emprego, para eu não ficar parado**<sup>34</sup>, emprego em Saúde da Família. Isso me deixou um caminho livre para trabalhar no PSF, comecei a me apaixonar por Saúde da Família e desisti da tal ginecologia que eu queria fazer. A SF me deixou um caminho livre, eu posso ir para onde eu quiser. Como eu sou de BH e passei a vida toda lá eu resolvi vir para o Sul. Já havia alguns médicos que já tinham vindo para região e resolvi vir e comecei a trabalhar com a medicina de

---

<sup>34</sup> Grifo da autora.

interior, fiz um concurso público passei e me estabilizei nisso, comecei a me identificar com as saúde da família, e ai decidi que queria levar isso para frente. [...] (Fabrício - Médico)

A profissão do pai foi grande inspiração para que escolhesse este caminho, de certa forma parecia garantir a sua colocação no mercado de trabalho, relacionamos esta inspiração ao capital social. Bourdieu (1998) referencia o capital social como forma cultural e social, refere-se às vantagens culturais e sociais que alguns indivíduos detêm permitindo-lhes uma estratégia de condução a um nível socioeconômico mais elevado.

#### Segundo Bourdieu capital social é

[...] o conjunto de recursos atuais ou potenciais que estão ligados à posse de uma rede durável de relações mais ou menos institucionalizadas de interconhecimento e de inter-reconhecimento ou, em outros termos, à vinculação a um grupo, como conjunto de agentes que não somente são dotados de propriedades comuns (passíveis de serem percebidas pelo observador, pelos outros ou por eles mesmos), mas também são unidos por ligações permanentes e úteis. (BOURDIEU 1980, p. 67).

Aqui o capital social possibilitando uma gama de relações e redes de ajuda que propiciam benefícios para o indivíduo e sua classe social, funcionando como uma reserva que possivelmente permite as obter êxito na competição social. Para o autor, o capital social não se encontra nos indivíduos, mas sim, encontra-se no interior das relações sociais das pessoas. O capital social dos indivíduos permite acesso a informações, favores, benefícios institucionais, tendo como objetivo manter ou reforçar seu estatuto e poder na sociedade. No entanto, a segurança do espaço conquistado pelo pai se esvanesse com a descoberta da ESF, visualiza nesse espaço uma mobilidade espacial, o interior do sul do país como a possibilidade de melhores condições do que em Belo Horizonte. Com isso, Fabrício acaba por se dar conta de que independente do mercado de trabalho algo parece ter maior sentido quando fez a opção pelo campo da medicina. A ESF trazendo a segurança do trabalho atrelada a realização profissional.

[...] O primeiro aspecto que considero é a mercantilização da medicina. A gente faz uma faculdade com o objetivo de atender as pessoas, termina a faculdade, vai passando em residência, vai galgando outros espaços, faz uma especialidade... e quando você chega lá na frente no caso com a minha especialidade, no meu caso

vascular, você se torna um **empregado dos convênios** e tem que **ficar correndo atrás do dinheiro dos convênios**. Ahhh! **Ganha-se dinheiro com isso**. Mas e a satisfação pessoal? Eu ficava de 6 da manhã às 10 da noite todo o dia operando varizes ou amputando pé diabético ou fazendo uma outra cirurgia arterial. Onde está a satisfação pessoal? Eu não fiz medicina para isso. Eu vi o trabalho de medicina da família, fui num Congresso disso achei muito bacana e falei eu quero fazer isso. Joguei a cirurgia vascular de lado e estou investindo nisso. [...] (Guilherme - Médico)

A consciência da construção da vida profissional revelando que essa trajetória também refere a satisfação pessoal que está presente na maioria dos depoimentos,

[...] Não sei exatamente quando me decidi ser médico, o que eu sei é que tinha muita clareza do trabalho que teria pela frente. Segui este caminho sabendo que para ser médico é preciso ter uma boa dose de generosidade; ser extremamente estudioso e disciplinado saber que terá que estudar o resto da sua vida e, função do progresso da ciência que não pára. **Não é pensar só em ganhar dinheiro**. Saber que ser médico significa estar de plantão 24 horas, abrir mão de sua privacidade e até de contato com a sua família. [...] (João - Médico)

[...] A **necessidade precoce de fazer uma renda**, comecei a trabalhar tarde com 26 anos, a idade mínima de um médico se formar nunca menos que 23. Estava interessado em priorizar a minha vida acadêmica fazendo uma boa residência, **a renda do residente muito baixa**, em vista de ter um perfil com mais responsabilidade a **questão financeira me impediu de me dedicar a residência**. Trabalhei no PSF, em Guarulhos, 1997, assim ir para o PSF era garantir uma renda financeira fácil, com um médico que tem formação incompleta, sem um a especialização. Essa é a opinião da maioria dos enfermeiros, da comunidade de saúde, dos profissionais, em relação ao médico no PSF. Onde ele faz uma poupança e tenta fazer uma especialização. Não é um objetivo tornar-se médico do PSF, deveria ser um período de trabalho até a residência. Só que você vê que os anos vão passando, e como no Brasil assim a poupança faz parte de uma utopia social. [...] (William – Médico)

A política social nos anos 90 desencadeou a implantação de programas que potencializaram muitos empregos e renda no setor público. A escolha pelo trabalho realizado na ESF evidenciada na fala desses médicos, entre outras está relacionada ao fato de identificarem este espaço como promissor. Assim como, o fato de que alguns entrevistados compartilham a idéia de que na ESF existe a possibilidade da reorganização da atenção à saúde apontando para a aceitação ideológica em relação à mudança do modelo assistencial. Mas por outro lado, os médicos recebem em sua formação uma visão sobre o seu trabalho centrado nos hospitais, pensam em ser especialistas e vêm a realização profissional através do modelo de práticas privadas. Alguns deles nunca tiveram a oportunidade de desenvolver esse trabalho, a realidade cotidiana da ESF, encontrando dessa forma dificuldade em desenvolver um trabalho que quase totalmente.



Os esteriótipos criados a respeito da prática médica na ESF também contribuem para dificultar a opção consciente por este espaço de atuação profissional, esse preconceito explicitado na idéia de que:

[...] O problema é a visão de trabalhar em posto, muitos pensam: "Deus me livre de trabalhar em posto de saúde, ficar com aquele povão, ficar com o enfermeiro mandando em mim." Por isso existe essa valorização, para poder trazer esse profissional. Não acho que o médico está ganhando horrores de dinheiro. Acho que os outros também deveriam ganhar melhor, porque você teria uma dedicação melhor. Eles é que estão ganhando mal não somos nós que estamos ganhando bem. Está se ganhando bem por um próprio incentivo do governo de puxar esses profissionais pela própria necessidade que se tem de ter o profissional hoje no PSF. Senão todo mundo vai ser especialista e não vai ter ninguém cuidando da Atenção Básica que é 80 % do problema. (Guilherme – Médico)

Nas falas de alguns dos médicos por vezes se tencionam os valores do estudar, ser generoso, ter realização pessoal e ou questões estruturais referenciadas ao mercado de trabalho e a necessidade de garantir a renda financeira. Vários elementos em tensão em conflito com a realidade do mercado de trabalho que na área de saúde é bom principalmente considerando a ESF, onde a maioria tem sido bem remunerado, há oferta de empregos, às vezes fora do eixo Sul e mais urbanizado do país, no entanto existe no interior possibilidade de crescimento profissional e financeiro. Alguns profissionais fazem a escolha pela medicina também acreditando na carreira promissora que desenvolverão.

No caso da enfermagem identifica-se no espaço da ESF a possibilidade de ter um bom emprego, ser valorizado, construir certa autonomia e identificar o retorno da população. Entretanto a ESF pode ter acarretado a contratação de profissionais com formação ou perfil nem sempre ideais para fazerem parte das equipes de saúde o que sem dúvida tem imbricado sério comprometimento em relação a sua legitimidade como também em relação a mudança do paradigma tradicional das ações em saúde. Verifica-se, principalmente no interior uma alta rotatividade de profissionais médicos que, em decorrência da possibilidade do emprego com salário diferenciado, acima da média.

No entanto, em alguns casos, o emprego que seria apenas passageiro torna-se definitivo, gerando a necessidade de maior capacitação e indicando a possibilidade do desenvolvimento pessoal. As dificuldades vividas no dia a dia, em relação a precariedade de sistemas de referência, dos serviços de apoio com diagnóstico e medicamentos para garantir o tratamento, em muitas equipes de saúde da família, representam um grande problema que

podem gerar insatisfação e descrença na possibilidade de desempenhar o trabalho de acordo com os princípios que regem as ações em saúde do sistema público de saúde.

O aspecto econômico parece nessa situação ser um dos elementos geradores dos conflitos iniciais destas categorias quando se vêem trabalhando juntos na ESF. As falas sobre a diferença salarial entre médicos e enfermeiras (ver anexo C), evidenciam a justificativa apresentada decorrentes da responsabilidade do médico e pela própria valorização no mercado de trabalho. O aspecto salário, como apontado por Hirata (2002), como elemento gerador de desigualdades também é fonte de tensões na ESF.

[...] Se tem um concurso para enfermeiros tem 800 /900 profissionais para fazer a prova. Para médico se houver 10 vagas terá 8 10, 12 médicos. Não são todos que estão indo para isso. (Guilherme – Médico)

[...] O médico de família ganhou muito espaço com o SF, tem sido muito procurado nos concursos públicos, dizem que alguns municípios pagam até 10 mil reais... Quase sempre o maior salário nos concursos é do médico, no interior isso fica muito evidente é uma forma de chamar atenção do médico para morar no interior. Isso tem gerado muita rotatividade, como os colegas referenciam "faço meu pé de meia" e vou embora fazer uma especialização num centro maior. Então o interesse pelo salário e não pelo trabalho tem criado muitos problemas no SF, não existe o compromisso profissional esperado para o trabalho junto à equipe. Quando se falava na reforma sanitária o ideal era o atendimento com qualidade para a população, parece que o espaço pode estar sendo mercantilizado. [...] (Francisco - Médico)

Na exposição deste entrevistado há evidência de uma concepção presente também no senso comum de que ser médico significa conjugar saber intelectual, empreendedorismo e racionalismo, e que possivelmente alguns médicos valorizam a sua formação porque consideram que esta formação médica, exigiu muito investimento em tempo, dinheiro, leituras e estudos.<sup>35</sup>

[...] O cuidado em saúde ainda está relacionado à classe médica. Um trabalho dividido, aquele que faz e aquele que pensa... Mas eu vejo que a sociedade é que

---

<sup>35</sup> Anos atrás, discutindo com um colega médico sobre a diferença de posição hierárquica entre médicos e assistentes sociais na equipe interdisciplinar de saúde, passei pela desconcertante experiência de ouvi-lo dizer que: [...] Médicos sabem mais que assistentes sociais porque estudam *muito* mais do que elas. Gastam *muito mais* tempo e dinheiro do que as assistentes sociais. Portanto, sabem mais e devem ganhar *muito mais* pelo seu trabalho. E essa não é a minha opinião e sim a da sociedade. [...] Apesar do tom de brincadeira com que falava, tendo a intenção até mesmo de provocar uma discussão sobre quem mandava e quem obedecia, havia naquele discurso um pouco da realidade que várias profissões enfrentam na ESF. No entanto, há de se considerar que estudos demonstram que além da diferença da valorização profissional existe outro fator relacionado a gênero bastante importante evidenciando que a renda dos homens é quase 50% maior do que a das mulheres. Mulheres estas, que permanecem em atividades direcionadas para a saúde e educação, "muitas vezes recebendo salários menores", segundo Jussara Reis Prá, do Núcleo Estudos sobre a Mulher da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

continua dando esse poder, que muitas vezes complica na relação médico / enfermagem. Ao longo da história da saúde todo mundo sempre acreditou que só o médico saberia como salvar as pessoas das doenças. Já os enfermeiros, inicialmente, nem foram à escola pra exercer a profissão, eram conduzidos pelos médicos, como se fossem secretários, auxiliares... Hoje a situação vem mudando e a ESF é uma possibilidade para essa mudança, porque exige formação e envolvimento com a população, que começa a reconhecer nosso espaço. [...] (Fabiana - Enfermeira)

Essa enfermeira aponta várias concepções sobre como é o processo de consolidação do *status* e do poder que se hierarquiza na relação entre esses profissionais. A concepção socialmente partilhada de que o cuidado com a saúde é da responsabilidade do médico, evidenciando a divisão tradicional do trabalho entre pensar, relacionado ao diagnóstico, a receita médica, ao remédio e fazer, relacionado a limpar, ensinar, cuidar.<sup>36</sup> Essas questões são estruturadas na cultura das organizações e na organização do serviço. Também são concepções socialmente partilhadas. Isso também diz respeito ao questionamento freqüente se é preciso estudar para cuidar, mais do que isso diz respeito ao espaço do diálogo e da autonomia entre as profissões.

Esse depoimento permite considerar que também a educação pode ser a responsável pelas diferenças e desvantagem entre mulheres e homens no mundo do trabalho, gerando preconceitos e vulnerabilidades o que impulsiona à necessidade de se rever as políticas públicas voltadas para a mulher.

Dando continuidade a análise do conteúdo das falas dos sujeitos, tendo em vista analisar que caminhos levaram esses profissionais para a área da saúde, ou seja, que concepções estão imbricadas nessas escolhas e que podem estar referidas a gênero, interdisciplinaridade e poder, segue-se em frente com a exposição sobre a formação profissional e os caminhos para a contratação.

Alguns entrevistados apontam para possíveis mudanças nas práticas profissionais como um reflexo da capacitação realizada pelas instituições formadoras, que vem renovando seus currículos, favorecendo por parte dos profissionais práticas mais integradas e próximas da realidade da população.

[...] Depois que eu me formei, como a área da saúde é muito hospitalocêntrica fui trabalhar no hospital. Como o meu pai sempre me aconselhou a fazer concurso público, aquela coisa de antigamente, da estabilidade. Resolvi estudar fiz o concurso

---

<sup>36</sup> Recentemente num depoimento em sala de aula, no curso de especialização em Saúde da Família, uma aluna enfermeira desabafou "estou cansada de ser enfermeira". Afirmando que algo precisa ser feito enquanto categoria.

público na Prefeitura, passei a trabalhar numa Unidade Básica e depois fui para o PSF, para trabalhar no PSF fiz um concurso interno. [...] (Carla - Enfermeira).

[...] Fiz um concurso no Programa de Saúde da Família em Curitiba. Foi nesse ambiente que surgiu a oportunidade de trabalhar no Tocantins, onde vivi uma experiência inesquecível e inigualável. Em nenhum outro lugar que eu possa trabalhar viverei o que vivi naquele lugar tão maravilhoso como desafiador. Mas também passei por muitas angústias, medos, e um aprendizado que nenhuma escola é capaz de oferecer. No retorno, vim para a ESF com contrato por tempo determinado e agora estou me preparando para fazer um concurso público no final de abril, para garantir esse espaço de trabalho que me realiza e emociona todos os dias. [...] (Denise – Enfermeira, coordenadora da ESF).

Cada vez mais se identifica a construção de práticas sociais e científicas na área da saúde, exigindo a necessidade de se instaurar processos de mudança no interior das instituições formadoras e no próprio sistema de saúde do país.

[...] Não existe nenhum preparo específico que é dado pelo SUS para capacitar o médico. Não existe nenhum investimento na formação desse médico, nenhum preparo específico. O sistema de capacitação do médico no Brasil acaba sendo tradicionalmente esse a escola particular. [...] Aquela parcela cada vez menos de privilegiados que podem fazer uma residência, porque tem que ser sustentados por um período maior pelo pai [...] A especialização em Saúde da família veio de uma curiosidade particular, como todo médico [...] tendo a necessidade de estar se atualizando mantendo a cabeça envolvida em atividades científicas [...] (William - Médico).

Nas entrevistas é possível identificar uma mudança no perfil dos profissionais que começam a ver no setor público um novo espaço do trabalho em saúde, demonstram em seus relatos a formação de uma massa crítica, e ao saírem da universidade, se dão conta da responsabilidade em assumir o trabalho em saúde vinculado à educação permanente. A inovação que propõe a ESF expõe muitos desafios em relação ao perfil de competências desse profissional, relacionadas ao processo de formação, também à qualificação de cada categoria no sentido da discussão sobre o processo de trabalho na ESF. Desafio imbricado a proposta pedagógica da ESF, que exige no cotidiano da equipe a cooperação, a complementaridade, o processo de discussão frequente na tomada de decisões, o planejamento constante assim como a clareza sobre a necessidade de se assumir responsabilidades compartilhadas.

A especialização é uma exigência do mercado, mas também uma necessidade pessoal de buscar melhor qualificação para assumir a responsabilidade na ESF. A qualificação como meio de formar esse novo profissional, que opta por fazer uma vida dentro da saúde pública e não só na iniciativa privada, criando assim a possibilidade de ampliar a atenção à saúde da população como um todo.

Paim (2000) refere-se ao profissional da saúde como aquele que tem a capacidade de análise do contexto em relação às práticas que realiza; compreende a organização e gestão do processo de trabalho em saúde; é tolerante e sabe manter uma relação de diálogo durante o conflito.

[...] Sai da faculdade e iniciei o curso de SF, sai muito "cru", muito sem saber como trabalhar, não conhecia o mercado de trabalho. [...] Eu precisava fazer um curso [...] surgiu a idéia de fazer a especialização em SF. Tenho pretensões de ingressar na área acadêmica, fazer mestrado [...] Vou ter que fazer uma residência em SF, [...] que pode me respaldar melhor. Continuarei a trabalhar com SF, mas ai com uma residência na área. [...] A saúde da Família não é um estágio, um período... Eu vim para ficar e quero crescer dentro da ESF. [...] (Fabrício - Médico)

[...] Participei de um Congresso Brasileiro em São Paulo, sobre SF, conheci um professor da Organização Mundial de Saúde, responsável pela SF na organização e é cirurgião vascular que está há 20 anos fazendo PSF. Para mim aquilo bateu o martelo. Ai fiz um concurso para o PSF e passei [...] Tive a certeza de que "eu vou fazer isso". Agora estou num lugar onde eu tenho um horário certo, entro tal hora, saio tal hora, o fim de semana é meu, o feriado é meu. Faço 8 horas diárias, a remuneração não é das piores, dá para viver, não preciso ficar rico, mas dá para ficar bem! [...] (Guilhermo - Médico)

Guilhermo demonstra a importância de um estímulo externo, de uma história de sucesso e realização por parte deste professor indicando a ESF como novo espaço de trabalho.

[...] Hoje para se tornar um bom médico do SF é necessário buscar cursos de especialização [...] a formação na graduação não preparava o médico para o trabalho em equipe muito menos com a população carente, a idéia era o atendimento no setor privado, montar consultório... A especialização passou a ser muito valorizada, garantindo às vezes melhores salários e principalmente por que passou a ser uma espécie de "pré-requisito" em concursos públicos. [...] (Francisco - Médico)

Aqui os entrevistados apresentam situações que estão diretamente ligadas com a autonomia profissional e na sequência com as relações que eles estabelecem entre si. Talvez o fato de alguns serem concursados represente uma forma diferente de como se reconhecem entre si os membros da equipe que igualmente são concursados.

A discussão a respeito da formação, principalmente da formação do médico tem apresentado suas falhas, apontando a necessidade para a capacitação a ser desenvolvida. Do médico de família se espera que seja capaz de desenvolver de habilidades de um clínico geral que atenda à demanda tendo capacidade de encaminhar casos que não se resolvem na unidade de saúde bem como apresentar resolutividade. Por outro lado se espera que seja capaz de sair de seu lugar privilegiado, inserindo-se na equipe de maneira a interagir numa relação

dialógica e democrática. A jornada de oito horas também vem modificar o paradigma anterior, onde o médico podia atender seus paciente em menor tempo e ir embora da unidade.

As escolhas e percepções estão imbricadas às mudanças necessárias que os entrevistados pontuam em relação à sua formação. Referem-se as dificuldades que enfrentam no espaço de trabalho em decorrência da proposta de mudança do modelo hegemônico centrado na medicina.

#### 4.2 Os conteúdos das tarefas no cotidiano

Entre outras tarefas a visita domiciliar é uma das atividades fundamentais na ESF e de acordo com a portaria GM n° 648, de 29/03/2006, no seu anexo 1, são atribuições comuns a todos os profissionais da equipe realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente na unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário. Também consta como uma das atribuições específicas do Agente Comunitário de Saúde acompanhar, por meio de visita domiciliar (VD), todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe. (BRASIL, 2006)

Na ESF não está definido parâmetro para a frequência de visita domiciliar para os profissionais da equipe, no entanto esta é uma tarefa que deveria ser assumida por todos de acordo com as necessidades da clientela adscrita bem como da programação de atividades estabelecida em comum acordo com todos os membros da equipe. O que segundo a portaria citada refere a participação de todos nas atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis.

No entanto, na fala de alguns entrevistados identifica-se no cotidiano da ESF uma prática totalmente diferenciada:

[...] Quem está lá mandando no médico é um enfermeiro. Eu não tenho nada contra o enfermeiro... Só que eu acho que não é a pessoa mais adequada para estar dominando esse espaço. Acho que esse espaço deveria ser assumido por administradores e gestores. Por que o enfermeiro já tem aquele chavão de 1900 e muito antigamente aquela richa entre médicos e enfermeiros. Enfermeiro na grande maioria é uma pessoa que quis fazer medicina não passou e fez enfermagem. [...] Poxa! Aquele cara é médico e ganha 3 vezes mais do que eu ...Sou enfermeira , já que eu sou chefe eu vou ferrar aquele cara! Ai não dá espaço para o médico, não dá voz ativa para o médico,toma-se todas as decisões entre eles mesmo da equipe. Sentam e reúnem e dizem você vai fazer isso. Não sentam e perguntam o que você acha da gente fazer assim ou assado ? O que você acha de fazermos um programa assim? Tomam-se as decisões e é isso que nós vamos fazer! [...] Orra não sentam, não conversam. Tinha que sentar o enfermeiro, o psicólogo, fisioterapeuta,

fonoaudiólogo e o médico e discutir o que nós podemos fazer? Qual é o nosso objetivo? [...] (Guilherme - Médico)

A análise dessa fala permite identificar como a hierarquia e o poder estão presentes nas relações cotidianas evidenciando que o domínio do espaço na ESF parece ser da enfermeira, numa nova estratégia de organização. Possivelmente construindo um novo estatuto e *status* da profissão. Esta mudança de alguma maneira tem gerado ressentimentos, insatisfações preconceitos por parte do médico em sua grande maioria ainda está vinculado ao modelo anterior, onde o poder decisório sempre passou pelo espaço da medicina.

Na fala desse médico a clareza sobre a necessidade do aprendizado dialógico previsto no interdisciplinar, necessidade de problematizar o espaço do médico sem esse viés da desvalorização da medicina, mas sim na construção de um novo processo de trabalho em saúde, que supõe a interdisciplinaridade e a partilha do saber entre todos os agentes da equipe.

[...] O médico está [silêncio..] não falo isso com nenhum viés de crítica ou ressentimento, pelo contrário. O médico está sofrendo uma desvalorização progressiva e uma diminuição de suas atribuições nas equipes de saúde. [...] Num programa de rastreamento câncer cervical, muitas vezes uma enfermeira que recebe uma capacitação mais ou menos curta, ela já está se incumbindo dos preventivos e até do pré-natal. [...] No dia a dia as tarefas são as de um clínico geral, esporadicamente há reuniões de pacientes "hiperdia" (Programa de atendimento de hipertensos e pacientes com diabetes). Quanto a visita domiciliar verifico um total descompasso entre o médico e o enfermeiro. As visitas são feitas em paralelo, existe na verdade dois atendimentos totalmente desvinculados, eu não tenho acesso aos relatórios da enfermagem. [...] (William - Médico)

[...] Desenvolvo as minhas tarefas com muito cuidado em relação aos detalhes, junto da equipe, evitando o trabalho voltado só para a recuperação e cura. Priorizando a consulta de enfermagem e o trabalho de educação em saúde. Conhecendo cada vez mais as famílias identificando os problemas da comunidade. Desenvolvendo ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Garantindo o vínculo com os pacientes e comunidade de modo geral, e principalmente orientando sobre o cuidado com a saúde pessoas. [...] (Heloisa - Enfermeira)

A mulher apesar do constante avanço e modernização da sociedade permanece distante do espaço dedicado a ciência. Parece que este processo está na presente na sua própria socialização. Desde menina é direcionada para assumir tarefas vistas como femininas, mesmo entrando no espaço acadêmico esbarra em problemas causados pela dificuldade de escolhas entre família, filhos e sua carreira profissional. Na fala de algumas das entrevistas é evidente a forma como a devoção, a vocação, a sensibilidade e o envolvimento são relacionados como premissa para assumirem postos no mundo do trabalho e espaço

acadêmico. Não estabelecem nenhum tipo de crítica quando assumem papéis e atividades normatizadas como "femininas".

[...] A enfermeira tem ainda o estigma de ter uma profissão assumida por mulheres em sua maioria, às vezes acho que confundem os papéis e acabamos fazendo muitas coisas que não precisaria ser enfermeira e sim mulher apenas... Fazemos tudo com muita dedicação e compromisso... É preciso ter muito desprendimento e idealismo. Numa sociedade pensada por homens, acho que esta condição interfere na relação profissional, fazendo com que você se esforce para que seu trabalho não seja desqualificado. Continuo como enfermeira porque estou na profissão há muitos anos, sempre sonhei em poder ajudar os outros, puro amor... [...] Sempre pensando no atendimento da família, do paciente, tentando garantir que todos assumam esta responsabilidade em relação a sua saúde. Tem que amar muito o que faz, ter vocação, envolvimento... ou você desiste.[...] (Fabiana - Enfermeira)

O trabalho visto como uma doação. Que é realizado com o coração, atitude totalmente naturalizada como feminina. Essa abnegação, essa luta, amor e virtude possivelmente estão em tensão com a proposta de politização preconizada na ESF. Fabiana demonstra a dificuldade de identificar seu trabalho sem fazer a relação com amor, abnegação, sentimento, muitas vezes em detrimento de um saber científico. Como identificam o seu trabalho? Qual é a consciência de si e do conteúdo das tarefas que realizam para garantir o cuidado. O cuidado aqui problematizado na forma de como se assume esta responsabilidade, evidenciado nesse papel, descrito acima, o que nos permite questionar se pode estar ocorrendo um processo de feminização no modo como são pensados os papéis e distribuídas as tarefas na equipe de saúde da família; marcando claramente a clássica divisão sexual do trabalho, ou seja, trabalho intelectual para os médicos e trabalho manual para as enfermeiras. Além da continuidade das demandas sobre ações preventivas que as famílias devem desenvolver o que é reforçado pela concepção que se tem sobre o conteúdo das tarefas desenvolvidas por enfermeiras.

A análise dessas narrativas revelam que a ESF pode estar sendo construída por fortes relações de poder, onde percebemos existir uma luta de força tentando matizar a categoria profissional que tem a posição de prestígio e comando nesse espaço. A disputa é muito acirrada e se revela nestes depoimentos:

[...] Agora já tive uma experiência numa outra equipe em que eu peguei uma enfermeira que estava há muitos anos no serviço, ela já estava assim [...] calejada no serviço! Ela já tinha as maldades dela, quando eu cheguei muito empolgado em trabalhar com SF eu incomodei muito ela, a ponto dela tentar me "podar". Tentou cortar as minhas ações, tentou mandar em mim, tentou inibir as ações que eu queria desenvolver. Então com essa pessoa específica eu tive problema. Não podemos generalizar que os médicos de SF têm problemas com as enfermeiras. Isso não



existe, existem sim casos e casos. Eu acho que nós médicos de SF temos que ter essa visão de saber dividir as ações. (Fabrício - Médico)

Verificamos através de alguns depoimentos que as relações entre médicos e enfermeiras tornam-se em alguns momentos muito difíceis, afinal todos buscam a valorização profissional, a vontade de fazer a diferença, de estar em destaque. O médico é visto num papel diferenciado, com prestígio, porque é ele que dá o diagnóstico da doença e que apresenta o plano de tratamento. Assim, constatamos que em determinadas situações as enfermeiras entendem que os médicos não sabem trabalhar em equipe o que tem dificultado a autonomia das enfermeiras na ESF.

Por outro lado, Peterlini (2004) evidencia a questão administrativa na prática profissional do enfermeiro, sendo permeada de dúvidas e polêmicas principalmente na dicotomia entre o que se espera do profissional enfermeiro a partir do que está estabelecido nos princípios da ESF com o que se verifica na sua prática cotidiana nas instituições de saúde ou mais especificamente na ESF. De um lado, a formação profissional prioriza a função do enfermeiro ligado à assistência direta ao cliente, e de outro, no mercado de trabalho, esses profissionais se dão conta de outra realidade imposta pelas instituições de saúde. Os relatos abaixo explicitam essa situação:

[...] Vejo como os médicos olham com preconceito o fato da coordenadora ser uma enfermeira, como se eu estivesse hierarquicamente abaixo deles... Não sei por que ainda esse preconceito. Parece que eles têm dificuldade em estar sob o comando da enfermeira [...] alguns acham que nós enfermeiras não temos capacidade e que estamos lá para servir, fazer o trabalho braçal, não temos capacidade. Médicos que não olham para o paciente, às vezes chegam a ser grosseiros, será por que vêem a população como ignorante incapaz de avaliar o tratamento que recebe? Esses médicos não foram formados para acolher o paciente, a ESF é apenas mais um emprego... Ninguém vê o que acontece no dia a dia da Unidade com os pacientes [...] e fica assim... Ninguém se incomoda! [...] (Denise – Enfermeira, coordenadora ESF).

A falta de médicos com perfil para o trabalho na ESF é constantemente referenciada, muitas vezes identificada como um dos agravantes que dificultam a implementação da troca do modelo assistencial em saúde. Por outro lado, a enfermagem ganhou espaço na ESF em decorrência da sua experiência no gerenciamento na área da saúde, visto assim como um profissional capacitado para as ações administrativas além da carga horária contratual que o permite ter mais disponibilidade para assumir ações relacionadas a assistência, a ação educativa e ao gerenciamento.

[...] o médico ainda se vê como um deus, o dono do saber. Ele se incomoda quando ouve os usuários me chamarem de "doutora", vejo que eles detestam esse reconhecimento profissional por parte da população. Para o médico a coordenação da Saúde da Família deveria ser dele, desde que não precisasse assumir a responsabilidade desse cargo, ele quer o status não as tarefas. O que vejo como coordenadora é que a maioria dos médicos não tem o menor conhecimento sobre a Saúde da Família, não tem é compromisso com o seu verdadeiro papel na equipe. Quando ele é contratado promete assumir tudo, visitas domiciliares, carga horária... No entanto 6 meses depois não quer fazer mais nada, a não ser uma consulta rápida que faz sem nem olhar para o paciente, faz uma receita e despacha. Aquele usuário, na maioria dos casos nada representa para ele, não se faz o vínculo. [...] O que ele está mesmo buscando é melhorar a sua renda mensal com mais um emprego e só. [...] (Sandra - Enfermeira)

[...] Quando Nightingale fez a separação do trabalho intelectual do manual, estava dizendo que somente pessoas mais ricas, da classe superior e educadas poderiam fazer as atividades intelectuais. Já no trabalho manual poderiam ser mulheres pobres, e também porque havia o entendimento de que para esse trabalho não precisava ter muita capacidade ser inteligente, estudar... Dai sim o médico passa a se destacar, ele é que tem a condição de pensar, de organizar, e às enfermeiras caberia apenas a execução das tarefas manuais. [...] (Heloisa - Enfermeira)

Os problemas relacionados com o trabalho não são os únicos enfrentados pelas mulheres na luta contra a discriminação, pois eles advêm de fatores situados em campos interdisciplinares, como, por exemplo, condicionamentos culturais fundados em mitos e crenças, relações econômicas, condições de participação na vida política e social. E, se não bastasse, a integração da mulher na população econômica ativa tem exigido grande esforço de sua parte não só na luta contra preconceitos de uma sociedade patriarcal, mas também contra os seus próprios preconceitos e estereótipos, transmitidos durante toda uma existência (BARROS, 2006).

Por uma pressão do próprio ambiente, do senso comum em relação as tarefas femininas, as enfermeiras assumem mais tarefas e responsabilidades do que deveriam realmente assumir.

[...] Sinto-me sobrecarregada, no entanto parece que essa sobrecarga faz parte da nossa profissão, da trajetória da enfermagem, assumindo tudo que vem pela frente. Penso que isso deveria ser analisado pelo Conselho de Enfermagem, não identifico nenhuma luta concreta pela categoria e melhora nos ambientes de trabalho. Parece normal a sobrecarga, fazemos sempre tudo, sendo questionadas apenas quando não assumimos essa carga toda. [...] (Sandra – Enfermeira, coordenadora da ESF)

[...] Parece que a enfermeira tem mesmo que segurar essa barra: manda que ela aguenta! Será um dom? Não sei explicar. No meu caso é tudo é muito sem freio, vamos até aonde der. [...] (Denise – Enfermeira, coordenadora da ESF)

Ao identificar um discurso que referencia a sobrecarga na voz destas profissionais foi possível pensar sobre as concepções profissionais que movem estas práticas, o fato de ressaltarem estes aspectos do seu trabalho cotidiano pode influenciar em sua trajetória profissional, pessoal e na convivência cotidiana com a equipe?

A profissionalização da enfermagem ocorreu em função da necessidade de tornar a prática enquanto um espaço profissional idôneo. Recorrendo no início da sua história a estereótipos que relacionavam a natureza feminina onde estavam presentes a submissão, o comportamento caridoso, abnegação e paciência. Mas estudos comprovam que as mulheres tinham potencialidades para cura, quando na Idade Média realizavam partos e cuidavam de doentes. No entanto, tais capacidades foram questionadas e identificadas como negativas, relacionando esse conhecimento como maligno pela Igreja, nesse período muitas mulheres foram consideradas bruxas e assim, queimadas em praça pública.

Atualmente analisar a entrada da enfermagem no mundo do trabalho parece identificar vários estereótipos, reforçando a idéia sobre a representação do mundo do trabalho como um espaço do homem, valorizando o masculino como o melhor.

No terreno relacionado ao poder, identificamos ainda uma grande tendência de certos profissionais em assumirem posturas que vem reforçar a hierarquização e subordinação. Reforçando o que diz Badinter (1985) referindo aos médicos como tradutores da verdade onde à mulher caberia toda a organização do ambiente em relação a fazer o menor, a higiene, a limpeza, afazeres que não necessariamente são aprendidas na academia.

Esta situação está posta nas falas destas entrevistadas:

[...] Sempre com muita sobrecarga, a enfermeira é responsável por tudo na Unidade sempre, e se for a coordenadora pior. [...] Na região que atuo convivo com casos de muita violência, violência de todos os tipos, esta semana atendi uma garota de 14 anos grávida do padrasto, e ai o que você faz? Se for ameaçada a manter em sigilo sobre o ocorrido e simplesmente fazer o pré-natal? [...] Algumas pessoas parecem que brincam de trabalhar! Quando estas pessoas chegam numa comunidade como a que eu trabalho, onde pais abusam sexualmente as suas próprias filhas, onde os seus pacientes são usuários de drogas, chefes de gangs você se dá conta do desafio que tem pela frente. A minha história de vida me mostra outra perspectiva, a do compromisso com meus pacientes e comunidade. Isso sim é ESF, é você se envolver com o seu trabalho é assumir a responsabilidade em relação aos objetivos do SUS e da ESF. [...] (Denise - Enfermeira, coordenadora ESF)

[...] Com muita sobrecarga de responsabilidades, apesar de identificar o grande reconhecimento também da população, acho que as tarefas deveriam ser melhor distribuídas. No caso dos médicos se ele está na faixa de 20 anos de formado, sua visão de trabalho na Saúde Pública é totalmente na perspectiva curativa, pouco sabe

sobre o que é Saúde da família, quando é contratado promete fazer visitas domiciliares, estar na Unidade em tempo integral. Passado 6 meses se puder te ameaça, como se a relação fosse de subordinação, como se ele fosse mesmo superior, seu "saber fosse maior" que o que o da enfermagem e de seus outros colegas, ele quer ser visto assim: como o Doutor... E assim ele pode simplesmente tentar te ameaçar, te diminuir com a intenção de estabelecer uma relação de hierarquia onde ele é quem determina como e quando tudo pode ser pensado e feito. [...] (Sandra - Enfermeira coordenadora ESF)

Evidenciando a diferença entre homens e mulheres num espaço de desigualdades, instituído a partir de valores, normas e de práticas que se relacionam a uma ordem moral, onde se identifica a hierarquia em consonância com critérios de poder. Mais uma vez o trabalho assumido pela mulher parece estar identificado a certa inferioridade que se vincula a uma suposta natureza fragilizada e menor. A insatisfação no cotidiano dessas profissionais é uma constante, as poucas perspectivas no mercado de trabalho, no sentido da valorização salarial, assim como, ainda a posição subalterna ocupada nos serviços, apesar da ESF se configurar com uma proposta diferenciada, são elementos que contribuem para o desencantamento de algumas enfermeiras em relação ao seu espaço profissional.

[...] Tenho muita sobrecarga, a enfermeira é a chefe da equipe. Se eu faltar, por que estou doente, eles não fazem a reunião. Relatórios de saúde, programas de saúde tudo é enfermeira que faz. Por que não a dentista, porque não o médico da equipe? Estou sobrecarregada! [...] (Carla - Enfermeira)

Nessa fala a possibilidade de problematizar a formação profissional e a centralização de ações junto à enfermagem, demarca a fragilidade da proposta interdisciplinar, a demanda interna é muito grande talvez por essa razão as enfermeiras refiram-se a sobrecarga de trabalho à necessidade de dividir as tarefas burocráticas. Por outro lado, fica evidente nas entrevistas com as enfermeiras um comprometimento muito grande com o trabalho, o que representa assumir uma carga excessiva de responsabilidade nas tarefas cotidianas (ambulatoriais e administrativas). Assim também assumindo a responsabilidade com as ações que tem como objetivo construir o vínculo com a comunidade e pela maior parte das atividades administrativas. Além da demanda, a sobrecarga de trabalho pode ser agravada pelo fato de que nem sempre os profissionais da equipe têm clareza das suas funções e responsabilidades.

Mas existe a possibilidade da equipe como um todo estar sendo sobrecarregada com a responsabilidade de desenvolver ações de cuidados a muitas famílias, o que acaba por

comprometer a qualidade das ações que deveriam desenvolver. Os relatos subseqüentes evidenciam esta situação:

[...] As tarefas são instituídas, o sistema exige que você faça um volume de consultas. Muita demanda, sendo que essa demanda não é da sua área. Já começa com erro você tem que atender a tudo. Temos que distribuir, você trabalha na área tal você vai atender as pessoas área tal. A demanda é trabalhada porque as pessoas ainda têm a visão de médico, de posto, de fila. Isso tem que acabar por que se agente tem 4.000 mil pessoas na sua região pode se organizar uma agenda pra trabalhar com essas pessoas. [...] (Guilherme - Médico)

Ainda convivemos com a cultura institucional baseada no modelo tradicional, hegemônico organizado a partir da concepção de que o processo de trabalho deve estar voltado para a atenção às doenças e as práticas direcionadas para a queixa-conduta. Práticas que recorrem a intervenções técnicas e medicalizantes. Fruto de um longo período histórico que permeia a organização dos serviços de saúde e que apesar do discurso de mudança parece avançar lenta e calmamente para a proposta de substituição do modelo tradicional. Assim, subsiste o entendimento sobre o usuário afastado do seu contexto familiar e dos valores culturais de sua comunidade.

O usuário da ESF parece ainda ser visto como a doença que é atendida de maneira impessoal, fragmentada, sem que se observem as suas diferentes dimensões, com isso se tem diminuído os espaços de construção do vínculo entre usuário equipe de saúde e tratamento. O resultado é evidenciado numa relação deficitária e pouco resolutiva como no depoimento a seguir:

[...] Presenciei uma situação com uma paciente gestante que poderia ter perdido a vida, e por ela enfrentei um rio, uma tempestade e todos os jacarés e piranhas que estavam logo ali, bem ao lado daquele pequeno barco que nos conduziu a uma outra cidade. Se o barco virasse era o fim, ir para a margem seria o encontro com alguma onça qualquer ou ser devorado pelos jacarés que não são poucos nessa região...tudo por que aquele médico não quis assumir o "risco" de fazer uma cesariana. Foi um momento de muito medo, mas também de reflexão sobre o compromisso profissional. [...] (Denise - Enfermeira, coordenadora ESF)

A estas condições concretas identifica-se a divisão do trabalho, a desigualdade no trabalho e os diferentes graus de autonomia profissional, o que para Oliveira (2006) também está relacionada a interação entre os agentes envolvidos no trabalho em saúde. Denise demonstra em sua prática a busca do comprometimento, da clareza sobre a postura

profissional, a definição de espaços de autoridades e saberes assim como a possibilidade da autonomia técnica.

Mas em detrimento da qualidade existe uma demanda, existem os procedimentos as serem realizados que fazem parte de um planejamento movido por metas que se coadunam com os recursos financeiros que virão ou não de acordo com esta produção. Estas falas completam a idéia que acabamos de expor:

[...] Numa região de 4000 mil pessoas não vai ficar mais do que 5 pessoas doentes agudos num dia. Esses 4 ou 5 você pode atender! Independente da demanda que você tem. Mas é difícil porque o serviço público, o próprio MS exige que dados números isto atrapalha um pouco porque isso deixa a relação médico e enfermeiro desgastado por que ele precisa fazer o volume e vai cobrar do médico : que você tem que atender mais. Não tem que atender qualidade, tem que atender quantidade, encher papel encher número... Garantir a tal da produtividade, se bem que médico não está muito preocupado com a produtividade que é infimamente no nosso salário. Acho até bom isso um lado positivo. [...] (Guilhermo - Médico)

[...] Eu organizo a minha semana com consultas de clínica médica, consultas generalistas nas quais eu atendo pessoas de todas as idades, de ambos os sexos, de todos os problemas. O que eu puder resolver em 80% das vezes e o que não dá para resolver eu faço um encaminhamento para o especialista [...] faço também a promoção de saúde através de grupos de diabetes, hipertensão, grupos de gestantes. Eu gosto muito de fazer palestras, Onde eu penso na pessoa analisando o contexto que ela vive, como que é a saúde dela, saber como é a sua vida para montar a palestra e poder contribuir, ou seja, atingir a vida dele com a minha palestra. Não adianta eu só chegar lá, falar isso [...] isso e isso...[risos] tem que saber falar a linguagem dele, nos moldes dele, onde estão inseridos. [...] (Fabrício - Médico)

Pode-se observar no depoimento desses entrevistados, apesar da forte pressão sobre a produção, demanda e normas, uma preocupação em tratar os pacientes, efetivamente, como seres humanos, com seus direitos, sua história, seus anseios. No entanto, a sobrecarga é uma constante nessa fala, isto porque se vem tentado modificar as práticas, sem que haja maior número de profissionais atuando na ESF.

A concepção de atender o doente e despachá-lo com uma receita na mão têm sido extremamente criticada, cada vez mais se impõe o trabalho humanizado com vistas a dar resolubilidade à clientela atendida. Resolubilidade e ações voltadas à educação em saúde no sentido de garantir a promoção e prevenção da saúde como princípio elementar da ESF.

No depoimento abaixo é possível verificar essa preocupação.

[...] As tarefas ainda são muito verticalizadas...em decorrência das diferenças salariais que acabam definindo essa hierarquia. Tem muita coisa que chega pronto pra mim, sem que eu peça (risos) Por mais que tente fazer parte da rotina das tarefas,

continuam trazendo quase tudo pronto... Como se a gente repetisse o modelo do início do Hospital onde alguns profissionais eram considerados superiores aos outros. Tudo isso está acabando na medida em que se fortalece a importância da equipe, mas leva ainda um tempo para mudar o panorama do SF. Acho que as enfermeiras estão muito sobrecarregadas (como sempre estiveram). Será que esse problema está na formação? No descompromisso profissional? Na falta de entendimento do que significa trabalho de equipe? Novamente isso? Mas é difícil porque não se recebeu a devida formação para sair dando aula de como o paciente deve garantir a sua saúde. O médico está acostumado a determinar os cuidados, a medicação e só... Fala-se tanto no humaniza SUS. Mas não há uma formação adequada para que os médicos façam seu trabalho atingindo esse objetivo, poucos têm esse perfil, esse comprometimento em relação à promoção de saúde. [...] (Francisco - Médico)

Pastore (2006) evidencia a ESF que se coloca em seu discurso de forma tão democratizado, pontuando seus princípios e diretrizes, destacando a ação em equipe, onde as relações de gênero não deveriam ocorrer de maneira dicotomizadas no seu status e poder. Na fala de Francisco a necessidade de se rever essa experiência, que ainda não ocorre de forma igualitária, dinâmica, que não desmistifica as desigualdades entre homens e mulheres, que não quebra a dicotomia nas ações que ambos desenvolvem. Mais uma vez vamos identificar no interior da ESF a hierarquia desigual das tarefas, colocando as mulheres protagonistas das ações tanto na execução da ESF quanto nas ações no interior da família. Para tanto elas se utilizam de uma força que está no imaginário das concepções sobre a mulher e enfrentam essa desigualdade como se estivesse num campo de batalha e desafio constante:

[...] Sou uma lutadora, uma guerreira, que gosta de desafios, sempre pronta para a luta (o que não identifico, por exemplo, no nosso conselho, tão distante, tão avesso às mudanças...) acho também que esse é o meu maior erro, não vejo o perigo em nada e sigo em frente sempre. Já sofri ameaça de morte de "paciente bandido" e fui defendida por outro (também bandido-trafficante). Lá a teoria é muito diferente da prática, é um outro mundo, não existe a Lei e sim as suas próprias leis, outra forma de organização. Meu papel como enfermeira é impulsionar minha equipe, apesar da dificuldade salarial, que desmotiva, desfaz o espírito de equipe. No entanto, a minha força é sempre maior e estou sempre pronta para garantir a saúde daquela população que sou responsável. [...] (Denise – Enfermeira, coordenadora da ESF)

[...] a relação de trabalho entre os profissionais da equipe da ESF deveria ser de maior comprometimento, cumplicidade e interação para que o resultado fosse melhor, população atendida com mais qualidade dentro daquilo que é de direito do usuário. Mas...[silêncio] nem sempre as pessoas estão disponíveis para esse tipo de envolvimento! [...] (Fabiana - Enfermeira)

#### 4.3 O cuidado que desafia

[...] A minha experiência de quase "índia", onde conheci outra cultura, outra forma de viver, que nada aqui pode ser comparado ao que vi, também a minha experiência em outro PSF, que foi uma boa escola, tudo isso constituiu a minha trajetória, meu

crescimento como enfermeira e profissional da saúde. [...] Gosto da aventura, do desafio! Mesmo tendo feito tantas coisas e atualmente trabalhando numa Unidade de Saúde da Família, numa área de risco, onde não há saneamento básico onde há muita violência doméstica, falta de intra-estrutura familiar, auto-agressão, violência física, sexual, psicológica, privação material e outras situações que tornam o meu trabalho na ESF um desafio diário como coordenadora da equipe. No fim, me dou conta de que mesmo depois dessa longa experiência por esse mundo afora vejo que nada sei, ou seja, que tenho muito que aprender. [...] (Denise - Enfermeira, coordenadora ESF)

O depoimento emocionado desta enfermeira evidencia as condições do cotidiano refletindo as dificuldades de estabelecer sua prática, descobre atônita a necessidade de decidir, e de atuar nesse contexto onde a violência doméstica aniquila qualquer senso de opção imediata do agir profissional. Por outro lado, em outro contexto fora da ESF também a necessidade de inserir-se num espaço que mostra uma realidade tão caótica onde o cuidar passa a ser um desafio diário intermitente. Assim a assistência à saúde das famílias baseada num compromisso ético, assumindo o cuidar de pessoas como pessoas e não como coisas. Ainda vincula o cuidado ao cuidar-se, a evitar a violência para consigo e a proteger-se da violência estrutural. Essa dimensão carrega ainda mais as práticas em saúde com a necessidade de uma concepção politizada sobre o cuidado e o cuidar-se.

[...] Trabalhava no serviço público, num hospital de referência era cirurgião vascular num serviço de referência do Estado lá no Mato Grosso do Sul e pegava a parte mais difícil de fazer principalmente com pés diabéticos, atendendo pessoas que caem no SUS e necessitam de tratamento, mas não tem como pagar. E infelizmente a maioria dos profissionais não se preocupa com o povo, maioria dos profissionais está preocupado em ganhar dinheiro, - se você tem dinheiro eu te trato, se você não tem dinheiro você se ferra! – Infelizmente isso é uma realidade e eu cuidava desse povo, de 20 leitos que tinha na enfermaria 15 eram meus. Assumi, arregacei a manga lá [silêncio], mas cansei! [...] (Guilherme - Médico)

No depoimento abaixo um destaque para o entendimento cristalizado na sociedade de que o "cuidar carrega o fardo da aceitação das divisões tradicionais de gênero numa sociedade que desvaloriza o que as mulheres fazem." (TRONTO, 1997, 200). E no caso do confronto entre o saber médico e do da enfermagem ainda se identifica uma valorização que está posta no "nascimento da clínica" (FOUCAULT, 1972).

[...] O atendimento em saúde ainda está relacionado à classe médica. Um trabalho dividido, aquele que faz e aquele que pensa... Mas eu vejo que a sociedade é que continua dando esse poder, que muitas vezes complica na relação médico / enfermagem. Acho que a comunidade aceita o enfermeiro, porém não valida o seu conhecimento científico. Esse saber ainda está vinculado ao médico, essa supremacia do médico permanece. Ao longo da história da saúde todo mundo sempre acreditou que só o médico saberia como salvar as pessoas das doenças. Já os enfermeiros, inicialmente, nem foram à escola pra exercer a profissão, eram



conduzidos pelos médicos, como se fossem secretários, auxiliares... Hoje a situação vem mudando e a ESF é uma possibilidade para essa mudança, porque exige formação e envolvimento com a população, que começa a reconhecer nosso espaço. [...] (Fabiana - Enfermeira)

A realidade exige uma reflexão incansável no qual precisa aprender a utilizar a sua criatividade que busca respostas no cotidiano de uma prática desafiadora no sentido de um acordo silencioso – entre si e com a comunidade – tentando atender os princípios essenciais da atenção e promoção da saúde e da vida. Entender essa realidade significa desvelar caminhos junto com a população e a equipe da ESF, uma conversa freqüente, cotidiana no sentido de descobrir juntos dentro de todas as limitações formas de garantir uma mudança que parece lenta demais e que parece não refletir a realidade teórica que fundamenta esse espaço profissional.

#### 4.4 A flexibilização e a hierarquização no cotidiano da equipe de saúde

O segundo ponto sobre as relações no trabalho de médicos e enfermeiras a sobre o qual dispusemos para a análise do material empírico é a flexibilização e a hierarquização no cotidiano da equipe de saúde, tentando identificar que tipo de práticas expressam no que se refere a divisão sexual do trabalho e as dinâmicas de generificação das práticas de cuidado. Problematizando situações cotidianas evidenciadas no campo tais como: a) Não saber trabalhar em equipe; b) As condições desse saber e trabalho; c) O significado e perspectivas interdisciplinares desse contexto e d) Como se estruturam as desigualdades de gênero na participação das atividades para médicos e enfermeiras.

Embora o trabalho em equipe seja uma das principais "ferramentas" da ESF, é ainda a hierarquia do saber-poder médico que permanece criando conflitos, e que muitas vezes pode impedir o trabalho preconizado pelo MS. Apesar de que, a enfermeira como coordenadora da ESF, começa a acenar como um ensaio da transferência desse poder, que buscado nos mesmos moldes nunca o terá e assim o conflito parece ser reforçado.

As relações no cotidiano, em alguns espaços ainda permanecem muito hierarquizadas, conforme os relatos podem demonstrar:

[...] Às vezes penso que é tudo de bom trabalhar em equipe, mas por outro lado algumas enfermeiras não são muito respeitadas na equipe. O médico sempre tem a última palavra, enfermeira ainda é discriminada por ser do sexo feminino, ainda não temos muita firmeza do nosso mérito. [...] (Fabiana - Enfermeira)

Esse depoimento traz a problematização do espaço, do diálogo e da autonomia entre as profissões. Essa questão parece ser um a priori fundamental para o trabalho interdisciplinar na ESF se cada profissão não percebe o que é capaz de oferecer para o campo do diálogo e do exercício cotidiano do trabalho em equipe. E, se cada profissional não se recoloca na dinâmica do trabalho cada vez que os desafios aparecem, sejam eles do próprio conteúdo das tarefas, ou das tensões no exercício dos poderes, na perspectiva do diálogo. Dificilmente o interdisciplinar ocorrerá. As dinâmicas sobre concepções culturais que se vinculam ao caminho dos médicos como chefes, os que estudaram, os que salvam e curam ainda conta muito. Em contrapartida o pouco valor social atribuído à identificação de problemas, conversas, conselhos, ações educativas parece trabalho de qualquer mulher.

[...] Tem a ver com a visão hospitalocêntrica. O médico que trabalha no hospital realmente ele não sabe trabalhar em equipe, trabalha sozinho as 24 horas e depois vai embora. Mas numa equipe de saúde da família ele ainda vem com a idéia de fazer a consulta, atender a queixa do paciente e mandá-lo embora. Na estratégia é um pouco diferente ele tem um vínculo, ele precisa acompanhar os pacientes que estão na área. Ele tem um vínculo empregatício [...] Apesar do médico estar inserido nessa equipe, a gente nota que muitos ainda não sabem trabalhar em equipe. [...] trabalham a queixa, o problema não fazem a prevenção. A educação em saúde então? Dificil inseri-lo em programas, em palestras, visitas domiciliares e principalmente saber o que tem q fazer nas visitas domiciliares ai é muito complicado de fazer o médico se inserir!! [...] (Carla - Enfermeira)

As entrevistas também demonstraram as dificuldades para o trabalho em equipe, pela falta de comunicação entre os profissionais ou pela grande rotatividade de alguns membros, em decorrência de que determinados profissionais identificam a ESF como um espaço que irão ocupar por tempo pré-estabelecido. Principalmente no interior esta situação é freqüente. Os profissionais, vão para cidades menores em busca de experiência profissional, trabalham certo tempo e daí retornam para as suas cidades ou procuram os grandes centros urbanos buscando outras oportunidades no mercado assim como pela necessidade de continuarem a estudar.

[...] O Programa de SF tem 14 anos de existência, ele está muito novo, está engatinhando ainda. Agora que os profissionais estão se preocupando em se especializar nisso, agora que gente está correndo atrás dessa especialização, de profissionalização, não é que nós sejamos maus médicos, mas infelizmente o mercado brasileiro como um todo está muito pobre de profissionais nessa área. O

que acontece é que médicos recém formados, assim como aconteceu comigo entram ali para ocupar um espaço para passar o tempo e ganhar um "salarinho", mas, eles não abraçam a causa, no interior há muita rotatividade e esta pode ser uma das razões, é só um tempo que passam por lá até a fazer a especialidade. [...] (Fabrício - Médico)

Também a falta de acompanhamento da coordenação e principalmente pela falta da formação específica para atuar na ESF são elementos obstaculizantes do trabalho. Evidência clara da vulnerabilidade da organização da prática assistencial da equipe, pontuando a necessidade da capacitação permanente dos profissionais. Deixando mais uma vez patente a urgência dos espaços formadores de adequarem-se às transformações que se impõe para o novo modelo. A narrativa destaca a frágil supervisão, que deveria fortalecer a nova divisão de tarefas e a integração dos diversos profissionais em relação aos cuidados e a promoção da saúde.

[...] Acho que toda essa dificuldade é histórica, está na formação do médico e da enfermagem desde que se pensou a nossa formação. No entanto [...] acredito que daqui uns 10 ou 15 anos será diferente. Estaremos aqui novamente e vamos falar sobre como essa relação mudou, por que está caminhando pra isso. A formação atual tem procurado rever esse endeusamento do médico, alguns médicos recém formados já demonstram outra visão, outro perfil. É necessário ter uma orientação na sua formação para o trabalho em equipe. Não podemos generalizar, alguns são diferentes, sabem como trabalhar no PSF, (Denise – Enfermeira, coordenadora ESF)

As atribuições comuns a todos os profissionais da ESF prevista pelo MS, estão relacionadas à trabalhar em equipe, levando em consideração o saber de todas as categorias profissionais que atuam na atenção básica.

[...] Tudo é uma questão de falta de hábito e costume... Acho que também relacionado à história da medicina ainda vinculada ao método curativo, alguns médicos ainda tem resistência em interagir com a equipe multidisciplinar. Ou seja, se sentem os "supremos" individualistas que ditam as ordens e determinam o que e como deve ser feito o trabalho, deixando de olhar o paciente como um todo e vendo apenas as partes. O médico formado há 20 anos atrás, escola que formava o profissional numa ótica curativa. Esta formação sempre compromete a atuação na equipe nos dias de hoje, médicos mais jovens, recebem uma formação diferenciada devido à mudança de atenção à saúde ter o foco da prevenção e promoção. Estes tem uma postura diferente, até de respeito, em muitos casos, em relação ao trabalho do outro profissional. [...] (Fabiana – Enfermeira)

O que aconteceu muito e ainda ocorre é que nas escolas formadoras do médico, o ensino é tradicional, baseado na aquisição de conteúdos, onde se enfatiza os aspectos físicos da doença, sem ter a preocupação com os aspectos culturais e sócio-econômicos, ou seja,

fatores que influenciam diretamente na forma como o indivíduo entende a sua enfermidade. O ensino médico deve tentar promover uma formação clínica e humana. Baseado nos princípios da ESF o médico deveria ter o compromisso com o seu trabalho, tendo a clareza que deve trabalhar o dia todo naquela unidade, sendo que o vínculo com equipe é fundamental.

[...] Esse discurso tem criado situações de conflito. Não esta clara a definição de trabalho em equipe, no SF se verifica a urgência no trabalho feito em parceria, mas poucos profissionais estão realmente preparados para a ação em equipe. No caso dos médicos ainda um descuido em relação à responsabilidade coletiva no produto final do SF, gerando assim uma grande descontinuidade entre as ações da equipe. Precisamos saber aproveitar esse espaço da equipe, assumir o compromisso com a população ou repetiremos o modelo anterior. [...] (Francisco - Médico)

A respeito do discurso sobre o médico não saber trabalhar em equipe acentua-se a idéia de que ensinar a trabalhar em equipe faz parte de uma formação extremamente necessária para o campo da medicina. Discute a relação entre uma concepção de doença mais cultural, uma formação básica para que não se aprenda o trabalho em equipe através do conflito. Trabalhar em equipe requer a construção coletiva em relação a gerência do cuidado prestado pela ESF, que representa a interação de toda a equipe

[...] Discurso sobre o médico não saber trabalhar em equipe? Eu acho isso no mínimo temerário, uma generalização que não é verdade, primeiro temos que ver o q é trabalhar na Unidade de Saúde? [...] A falta da organização completa e também equívocos na organização do PSF, com uma diretriz muito tênue que ainda não se afastou do espírito do ambulatório. Não houve a formação para o trabalho em equipe, esta capacidade é forjada na personalidade do profissional com a prática e muitas vezes no trabalho em equipe, aprendemos através de erros e acertos. [...] (William - Médico)

Esse aprendizado deveria ocorrer como um processo desde a formação acadêmica que se traduz e se completa no cotidiano. A problemática que envolve a formação desses profissionais para trabalhar na ESF supõe ainda a inadequação dos currículos gerando o despreparo para assumirem este espaço. O desconhecimento e compreensão das diretrizes na ESF, evidentes na portaria que rege as ações de médicos e enfermeiros tem relação freqüente com o possível fracasso na realização das tarefas do cotidiano desse trabalho.

Quando falamos da dificuldade do trabalho em equipe de saúde estamos falando de uma crise na medicina, que envolvem a ética, aos serviços precários; preocupação maior com o diagnóstico do que com a cura do paciente, uma relação com o trabalho em saúde

perpassada pelo mercantilismo, competição entre os profissionais da saúde, conflitos entre médicos e os cidadãos que estão em busca de atenção à saúde; e principalmente com a inadequada formação de profissionais de saúde que deveriam estar prontos a buscar soluções na área de saúde.

No entanto, estão disputando espaços de poder entre os seus pares. Por outro lado, não é só o médico que tem "dificuldades" em trabalhar em equipe, parece que os profissionais de maneira geral precisam rever seus espaços de trabalho e a necessidade da parceria construída no cotidiano. A convivência na equipe traduz-se num meio fértil para os jogos de poder, onde é expressa a identidade dos sujeitos através de seus saberes, discursos e ações e por outro lado, esta convivência evidencia tensões e acordos onde os profissionais muitas vezes assumem princípios normatizadores do seu cotidiano no trabalho sem que sejam discutidos a priori.

As entrevistas apontam para o entendimento de que ainda o campo da saúde parece estar restrito à classe médica, como se a sociedade desse à essa classe um poder que na maioria das vezes interfere numa relação mais aberta do médico com a enfermagem. Ao longo da história da medicina as pessoas acreditavam que só o médico detinha o saber e o enfermeiro, que iniciou seu trabalho nas guerras sem precisar freqüentar escola, apenas seguia as orientações médicas, ou seja, não tinha formação, era um mero auxiliar do médico que ditava com o seu conhecimento o que deveria ser feito com o paciente.

Nessa perspectiva, podemos identificar alguns dos depoimentos abaixo:

[...] Acho que o médico é uma figura supervalorizada pela sociedade, embora a enfermagem tenha ganhado campo. O médico tem se movimentado para impedir com que o enfermeiro ganhe mais espaço para que não invada o seu espaço., correndo o risco de ser descredibilizado. A sociedade supervaloriza o médico e não conhece o trabalho da enfermagem. [...] (Fabiana - Enfermeira)

[...] Creio que o médico, ainda hoje, tem em sua formação acadêmica um foco direcionado para ações curativas, onde ele tem que diagnosticar e resolver o problema do paciente. Os médicos se acham detentores do saber e os únicos capazes de lidar com a doença, esquecem que para o processo de cura de uma doença, outros saberes devem ser envolvidos. Na realidade, acredito que hoje a nossa formação na enfermagem e o contato direto com o paciente, fazendo de forma muito detalhada o nosso atendimento estamos conseguindo conquistar aos poucos maior espaço e reconhecimento profissional. [...] (Heloisa - Enfermeira)

Talvez essa postura possa estar relacionada ao processo de formação vinculada a prática do conhecimento do médico, que se destina ao diagnóstico das enfermidades e à cura

evidentes. Onde o médico é visto como um profissional privilegiado, aquele que é capaz de curar, aquele que repara um mecanismo perturbado, estabelecendo na maioria das vezes uma relação verticalizada com seus pacientes e colegas de trabalho. Assim, as relações de poder vão se construindo no cotidiano sem que se faça a reflexão ou a crítica. Assumidas individualmente como naturais, e não com a devida clareza com que deviam ser observadas, relacionam-se inteiramente com esta análise apresentada por Fabrício:

[...] Isso eu acho que é muita culpa da tendência que a medicina apresentou nos últimos anos. Antigamente o médico de 50 anos atrás era um médico generalista, era um médico que conhecia tudo, atendia a família, todas as especialidades de um modo geral, mas com o passar dos anos, com a evolução tecnológica, a medicina foi se especializando mais e mais. Hoje em dia a gente conhece um médico "deus", o cara é deus porque é o melhor do mundo em joelhos e só... Ele só sabe isso! Sim tem que existir essa especialização, mas não significa que todo o mercado da medicina, todo mundo que faz medicina tem que se preocupar nisso. [...] (Fabrício - Médico)

É importante que se valorize o conhecimento científico do médico e da enfermeira para garantir que o paciente receba os cuidados com toda a implementação das novas tecnologias, mas a humanização deve estar presente.

Gabriel (1999) refere-se a Pestre (1996) comentando que este conhecimento faz parte do mundo científico, campo de socialização, formação cultural e atuação profissional, onde, é fundamental relacionar a produção do conhecimento ao lado humano da ciência e suas descobertas. A autora discorre sobre a importância de se pensar a respeito daquele que pratica ciências, como uma pessoa que adquiriu certa cultura, que teve a oportunidade de estudar, de ser formado, que foi fabricado no contato com um grupo e com ele aprendeu e compartilhou experiências, jamais identificado como detentor do conhecimento. Conhecedor de um conjunto de práticas, de habilidades, de conhecimentos materiais e sociais ele faz parte de uma comunidade, de uma escola, de um país, jamais deve ser visto dono da verdade.

A idéia da ESF vem tentar modificar essa imagem, levando o profissional para dentro das moradias, no interior dos problemas da população. Isso é o que dá sentido ao trabalho essa aproximação com a família e comunidade, mostrando que é do próprio paciente que podem surgir as melhores soluções sobre as suas condições de saúde. A ESF terá sucesso quando desvelar esse mito, apresentar a equipe como fundamental no cuidado à saúde sem respaldar nenhuma categoria em detrimento da outra, sem repetir o modelo das diferenças tão patentes na nossa sociedade.

[...] O médico aprendeu desde sempre a técnica de evitação do outro, numa atitude distante como um ser inatingível. Hoje o caminho é a partilha, é a parceria, a

divisão, a troca de saberes, não há mais lugar para essa medicina do Olimpo. A imagem do médico é meio, não gosto de dizer assim... Mas, é endeusada. Ainda esse poder sobre a saúde e doença é um referencial de status que a categoria insiste em manter. Esse saber idolatrado que "pertence ao médico" parece uma coisa do século XVIII. [...] (Francisco - Médico)

#### 4.5 O trabalho em equipe

A percepção sobre a oportunidade do conhecimento científico que o trabalho em equipe proporciona pode ser uma possibilidade para a mudança em relação a interdisciplinaridade, pois os profissionais estão aprendendo com os usuários e com os colegas de equipe. Essa dinâmica de troca de saberes faz com que se mantenham informados, numa dinâmica de interesse do crescimento profissional. Trabalhar em equipe passa a ter um significado, uma importância que se relaciona ao conhecimento. Conhecimento que se amplia em função das diferentes áreas do saber científico que se inter-relacionam a partir da forma de ser de cada um, com opiniões diferentes, com personalidades e modos de ser que os tornam únicos naquele contexto. Como exemplifica essas falas:

[...] Sim perfeitamente possível, quando a gente pega um caso atípico dentro da nossa unidade, que não é um atendimento simples. Temos que parar, pensar, às vezes pegar um livro estudar, sentar com a sua equipe para discutir esse caso. Às vezes a gente precisa pegar a opinião de um profissional que não faz parte da equipe, um especialista que vem pra ajudar. Tudo depende da disposição para resolver os problemas. O meu compromisso é com a solução do problema do paciente. O motivo da existência do SF é a resolubilidade, é o trabalho feito pela equipe de saúde para resolver o problema de saúde da população. [...] (Fabrício - Médico)

[...] No início do trabalho do PSF eu tinha uma visão muito fragmentada, não sabia o que realmente seria trabalhar em equipe, não vi isto na faculdade, acho que tínhamos um preparo teórico-prático muito deficitário. Acho que a teoria foi ensinada sem vínculo com a prática, só depois no exercício profissional fui me dar conta... Trabalhar em equipe é um pouco complicado quando você se dá conta de quanto depende do outro para realizar o seu trabalho. O coordenador da equipe precisa agir com sabedoria e "jogo de cintura" para poder lidar com determinadas situações de conflito no trabalho. [...] (Fabiana - Enfermeira)

[...] O importante para ter a interação com a equipe médica e garantir um perfil adequado de enfermeiro, ou seja, demonstrar conhecimento, interesse comprometimento!!! Isso garante o respeito do médico e juntos vão cuidar do paciente. Mostrar conhecimento é ter certeza de que vão conhecer e valorizar nosso trabalho, os médicos prestam atenção nisso!! Trabalhar em equipe é trabalhar em conjunto não um em cada sala...em conjunto! Planejando tudo em equipe, garantindo a troca de experiência. Conhecer as outras áreas do trabalho em saúde isso vai garantir uma colaboração do outro profissional. [...] (Heloisa - Enfermeira)

Não só a preocupação em abrir espaço para o trabalho interdisciplinar, mas também, parece surgir uma preocupação com o desenvolvimento do trabalho em equipe, pensando na necessidade de planejar e avaliar as ações desenvolvidas, verificando se estão atendendo às necessidades da população. Essas atitudes não sinalizam efetivamente que está ocorrendo uma mudança radical no trabalho da ESF, no entanto delineia certa reflexão entre os membros da equipe em relação às percepções sobre a sua própria prática. Buscando assim, estabelecer uma relação dialógica na unidade de saúde, tendo como objetivo contribuir para a superação de relações hierarquizadas de gênero, em que os profissionais não sabem respeitar o espaço de trabalho de seus colegas, por partirem do senso comum posto nas relações entre homens e mulheres. Buscando conhecer as potencialidades de cada profissional, evitando reproduzir dessa forma, a divisão sexual do trabalho, resignificando as relações de mando e autoridade.

[...] Procuo conhecer cada membro da minha equipe, valorizar seu trabalho, reconhecer suas necessidades, dar apoio em momentos decisivos, garantir que tenham seus direitos respeitados entre outros. Esse apoio constante é fundamental para o sucesso da equipe, você precisa reconhecer o ser humano que está ali com você. [...] (Sandra – Enfermeira, coordenadora ESF).

Aqui as atividades da enfermeira na equipe de saúde da família, implicam em relacionar os fatores sociais, econômicos, culturais dos profissionais que coordena e não apenas em lidar com as situações de saúde e doença da família, tendo em vista interagir com situações que apóiem a integridade familiar.

[...] Na enfermagem a gente aprende desde cedo o que é o trabalho em equipe. Na ESF isso é muito mais forte a questão interdisciplinar. O médico que trabalha comigo dá uma escapada das visitas domiciliares, mas às vezes eu acho que ele não está acostumado com essa prática. Acho que ele deixa de fazer coisas para se livrar do trabalho e me pede para fazer coisas. Tem o aspecto da valorização da enfermagem. A enfermeira na equipe é uma referência [...] (Carla - Enfermeira)

[...] A equipe ideal é aquela que sempre está disponível. Disposta a conviver, tendo autonomia, diálogo aberto e em consonância com os princípios do PSF. Avaliação das ações freqüente assim como definição de espaço de cada profissional. Todos devem ser valorizados, valorizar o saber de cada um! [...] (João - Médico)

O trabalho em equipe aqui é bastante valorizado, apontando para a importância em compartilhar, compartilhar permite um crescimento profissional e o sucesso do desenvolvimento das práticas de cuidado junto à comunidade. A troca de experiências, a



construção de conhecimentos entre outros, são ações significativas e valorizadas sendo possíveis a partir da ação interdisciplinar.

[...] O trabalho junto com os colegas é possível só quando você acredita nesse trabalho em saúde através da equipe. Por que é quando você tem a oportunidade de conhecer o trabalho do outro, de estabelecer parcerias, veiculação de informações, atendimento familiar em conjunto gerando a discussão de casos e a busca de soluções. Os médicos com sua objetividade clínica acabam perdendo um pouco da magia que a observação pode proporcionar e nisso as minhas colegas enfermeiras dão uma aula de sabedoria quando sem precisar de nenhum exame referem às condições de saúde de determinados pacientes; por conta de seu comportamento, olhar e até jeito de andar. Nisso as mulheres são imbatíveis! Nós homens não temos essa capacidade de arquivamento, de observação tão aguçada que as mulheres possuem, também não somos nada eficazes em identificar se alguém está deprimido. As mulheres parecem ter sensores, estão ligadas em tudo. É muito confortável trabalhar com seres que ao te verem entrando na unidade sem fazer a barba sabem que alguma coisa está errada com você naquele dia. Isso gera certo vínculo, um companheirismo. Elas estão sempre mostrando que há uma outra forma de avaliar aquela situação que parece sem saída. [...] (Francisco - Médico)

Francisco evidencia as dificuldades desse trabalho, que só pode atingir o seu objetivo na medida em que a equipe interdisciplinar se organiza, está coesa, se vê como grupo e juntos têm a oportunidade de conhecer a realidade das famílias. Na medida em que a atende, através da territorialização; do cadastramento das famílias; através do planejamento realizado a partir deste contexto, para então atuar de acordo com as necessidades dessa população, contando com a equipe e os recursos necessários e cabíveis de infra-estrutura. No entanto, a construção do trabalho pela via da interdisciplinaridade ainda se faz com muitos desafios, isso significa assumir novas posturas em relação às práticas em saúde. Significa acreditar na força da equipe e romper com as relações hierarquizadas, rever as especialidades, que acabam por fragmentar o trabalho, mas também os indivíduos. Quando falamos em fragmentação estamos nos referindo ao atendimento em saúde que vê a doença nos seres humanos ainda na perspectiva da especialização, como se fôssemos coração, fígado, joelho, cabeça. Na maioria das vezes, não há uma visão holística, não se compreende o todo para "cuidar das partes". Muitos profissionais da saúde ainda desenvolvem seu trabalho de maneira extremamente dicotômica.

A ESF propõe divisão de tarefas, a valorização e distribuição partilhada de saberes, representa a busca da resolubilidade através do trabalho realizado por todos.

[...] Não adianta nada fazer uma visita domiciliar a um paciente acamado se você não tem um psicólogo para fazer um acompanhamento, um fisioterapeuta para fazer uma fisioterapia, o paciente não vai evoluir! Não adianta você ir lá fazer o papel de médico só para dizer que o médico está indo lá se não há as co-especialidades para te ajudar. O trabalho é loongo! Até a nova regra do pacto de saúde sobre a ESF tem

algumas coisa que precisam ser mudadas. Mas vamos ver se vai mudar, só vai depender da gente. [...] (Guilherme - Médico)

O trabalho em equipe gera a visibilidade sobre o indivíduo, a família e a população. As informações e os conhecimentos conseqüentes das visitas domiciliares e consultas devem ser compartilhados e problematizados dentro da equipe. A visão interdisciplinar sobre um determinado fenômeno pode propiciar trazer a humanização para as práticas cotidianas viabilizando um dos objetivos previstos para a ESF que é a resolubilidade dos problemas apresentados pela população. Esta consonância de ações e trocas está patente na fala a seguir:

[...] Para o trabalho em equipe, não acho que é papel apenas do médico se especializar nesse programa. Acho que todo mundo que está envolvido no SF tem que fazer isso. [...] O que eu quero dizer é que as equipes têm que se especializar sim, do médico até o ACS, imagina uma equipe em que todos estudam aquilo, falam a mesma língua. Olha que respaldo que a população vai ter disso, uma equipe toda em sintonia, todos os profissionais com o mesmo discurso esse que é o objetivo. [...] (Fabrício - Médico)

[...] Minha equipe é uma exceção à regra, temos uma enfermeira que coordena os trabalhos com muito envolvimento, conta que o médico anterior não fazia visitas domiciliares de forma alguma. No meu caso é uma das atividades que mais gosto de realizar, significa estar lá na casa do cidadão conhecendo seu cotidiano e sua forma de lidar com a sua saúde. Mas sei que não sou referência muitos colegas se negam a fazer visitas alegando perda de tempo, priorizam o ambulatório numa visão totalmente desvinculada do que propõe o SF. O problema é que a visita domiciliar não é também uma prioridade no currículo médico das faculdades de medicina, mudar esta concepção talvez seja um dos embates no avanço da atenção primária. [...] (Francisco - Médico)

Este depoimento permite analisar uma das atividades fundamentais da ESF que é a visita domiciliar. Se ela não é uma prioridade do currículo médico, como estão realizando este encontro com a família? É possível que em situação de visita domiciliar estejam, médicos e enfermeiras reproduzindo os antigos esteriótipos relacionados à manutenção da higiene, cuidado, comida e saúde como tarefas da mãe, estabelecendo práticas prescritivas e normativas? Sendo assim, como se insere o discurso nas práticas atuais da ESF, que tenta traduzir princípios originados na 8ª Conferência Nacional de Saúde? Princípios que visavam contrapor o biologicismo valorizando a visão de totalidade no processo de saúde-doença, tendo em vista uma maior compreensão dos processos que envolvem a doença e a cura por parte da população; e incentivando através da educação em saúde um envolvimento

profissional e da comunidade, numa relação de co-responsabilidade. Dando ênfase na saúde e no controle desta pela sociedade, construindo o empoderamento através das informações em saúde no sentido de assumirem juntos, pai, mãe, filhos enfim, de todos os elementos da família a responsabilidade sobre a saúde desse núcleo social.

[...] Não basta ter uma equipe na unidade de saúde se não houver compromisso, competência, dedicação. Às vezes acho que a medicina perde esse espaço... Será que esse problema no descompromisso profissional? Veja isso: - Perdemos um paciente que veio a óbito na semana que estivemos em sua casa.[...] Ver morrer uma criança e nada poder fazer muda o rumo da certeza dessa medicina que faz e acontece. Você se dá conta que é um nada, que todo seu conhecimento é zero e você não pode trazer de volta a vida daquela criaturinha tão delicada. Está aí o sentido da vida e no nosso caso o sentido do trabalho em saúde que nessas horas pode ser respaldado na força de uma equipe que se une para dar conta do inevitável, do finito...Trabalhar com uma equipe de profissionais de verdade representa ter chão num momento como esse. Sempre que discutimos alguns casos nos damos conta de como lidar com a saúde /doença do adulto é muito mais fácil que da criança. [...] (Francisco - Médico)

Este último depoimento desloca a posição da queixa, em relação a enfermagem, potencializando a descoberta do trabalho conjunto. Mesmo não sendo uma mudança efetiva na organização do trabalho, essa fala mostra a possibilidade do desenvolvimento do trabalho coletivo.

Retomando a Portaria 648<sup>37</sup>, verifica-se que devem ser uma das premissas do processo de trabalho da Saúde da Família a ação interdisciplinar, que integra áreas técnicas e profissionais de diferentes formações, buscando dessa forma, valorizar os diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem resolutiva, possibilitando vínculos, compromisso e respeito profissional.

Nos depoimentos que se seguem a compreensão dos entrevistados sobre o trabalho em equipe que ainda está por ser construído com base no que prevê os princípios da ESF assim como a Portaria 648:

[...] Equipe formada por profissionais que tivessem uma formação comprometida com preparar pessoas para trabalhar com a realidade de nossas comunidades, o que identifique em alguns profissionais, é o total despreparo para enfrentar os grandes problemas que a população te apresenta, como no caso de comunidades extremamente violentas. O trabalho em equipe de Saúde da Família torna-se muito difícil quando se tem um médico que já está quase por se aposentar, ele vem para a

---

<sup>37</sup> Portaria 648-São características do processo de trabalho da Saúde da Família: V – Trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações. VII – Valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito. (POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA, 2006)

ESF sem querer assumir o seu papel, vem como "último" caso, um trabalho a mais. É resistente a mudança, seu modelo de medicina é antigo, se for concursado então pior: não se comprometem de forma alguma. [...] No meu entendimento, esses profissionais deveriam, ao terminar a sua faculdade, permanecer a metade do tempo que utilizaram para se formarem em atividade voluntária junto de comunidades carentes. [...] Esses médicos quando chegam a ESF o objetivo é ter mais uma renda e principalmente ganhar experiência, melhorar o seu currículo. [...] (Sandra - Enfermeira, coordenadora ESF)

[...] Vivi até pouco tempo atrás uma sensação de "equipe" completa trabalhando com um médico mais novo, que fazia visitas domiciliares como prevê a ESF, se precisasse utilizava seu próprio carro, a sua gasolina. A postura desse médico modificou o funcionamento da equipe que se sentia motivada, afinal todo mundo tinha a mesma responsabilidade em relação às tarefas na Unidade. Discutíamos juntos muitos casos de pacientes. Havia uma comunicação e parceria perfeita junto à equipe. Acredito que era o fato de ser formado recentemente, uma nova visão sobre o cuidado em saúde, seu trabalho tinha a perspectiva da humanização do atendimento. [...] (Sandra - Enfermeira coordenadora ESF)

Nos serviços públicos o trabalho em equipes parece ocorrer de forma fragmentada, onde profissionais de diversas áreas de conhecimento desenvolvem suas atividades sem que haja uma definição sobre a proposta de trabalho que está vinculado ao objeto comum. As ações em saúde carecem de serem articuladas, pelo que contam os entrevistados, pelo que já pudemos observar e ouvir de outros profissionais, as ações se perdem ou se diluem por se justaporem ou se confrontarem. Não se identifica a colaboração que converge para objetivos de uma dada situação, buscando a complementaridade, numa relação recíproca.

[...] Muitos colegas chegam muito inseguros no SF, não demonstram conhecimento técnico. [...] Isso é comum pra todo mundo, a segurança no agir profissional vem no cotidiano, na prática profissional. Essa equipe especial poderia ser formada por profissionais que estão comprometidos com a comunidade, com os seus pacientes. [...] todos com um só objetivo. Vejo a necessidade de termos no SF um psicólogo e um assistente social que pertencesse mesmo a equipe, não profissionais que atuam em situações emergenciais, mas que estivessem lá todo dia [...] uma equipe que soubesse fazer a parceria com as escolas locais, isso é muito importante. [...] (Fabiana - Enfermeira)

Quando esta entrevistada fala em insegurança está se referindo a dificuldade enfrentada no cotidiano da ESF pelos profissionais em virtude da sua formação anterior ter sido muito precária em relação a este novo espaço de trabalho. Esta é uma reclamação freqüente por parte de profissionais que mantemos contato, os cursos preparatórios (Curso Introdutório), no entanto essa metodologia ainda não atingiu seus objetivos, gerando sérios problemas no processo de trabalho da ESF.

Esta situação demonstra uma grande contradição no interior da ESF, o fato das atividades de educação continuada não ser uma prática comum nas equipes de saúde podem estar sugerindo um discurso demagógico em decorrência do que prevê o trabalho educativo junto à comunidade em relação à garantia da prevenção e promoção de saúde como uma das suas principais funções.

Por outro lado, ela se refere a parceria com as escolas, acenando para o trabalho comprometido que exige a co-responsabilidade com a população atendida; no sentido de garantir o trabalho de Promoção da Saúde que faz retomar o conjunto de princípios do SUS e de todo o ideário da Reforma Sanitária. É da construção de estratégias, via equipe de saúde da família, que tenham como objetivo maior garantir uma mudança real nas condições de vida e saúde da comunidade onde está inserida. Assim, através de ações conjuntas comunidade-ESF tentar diminuir as desigualdades sociais, visando a equidade e oportunidades de emprego visando melhores condições de moradia, educação, saúde entre outros.

[...] Precisa existir uma equipe diferenciada, isso não é muito complicado. Não tenho essa informação do porque o governo restringir o número de profissionais. Essa equipe mínima é muito pouco para dar conta de tudo que se tem que fazer, eu vejo como uma utopia, sem capacitação periódica dos profissionais com precárias condições de trabalho. No município que trabalho somente há pouco tempo recebemos um carro para o transporte dos profissionais em visitas. Resolvi por causa disso, para facilitar meu trabalho, residir numa favela para ficar mais próximo da população que atendo. [...] (William – Médico)

A comunicação, a interação entre os profissionais deve fazer parte do exercício cotidiano segundo os entrevistados, que consideram o trabalho em equipe movido por articulações, que supõem trabalhos distintos que respeitam as intervenções técnicas de cada profissional. Pela integração da equipe onde deve estar patente a flexibilização das fronteiras entre as áreas profissionais. Nessa fala a evidência da disponibilidade por parte da equipe em entender o discurso das outras disciplinas, onde os profissionais se despojam de seus conceitos que tantas vezes apresentam-se corporativos e refratários a convívio na equipe, incentivando a comunicação e a relação democratizada sem a presença de desigualdades e hierarquias.

Essa equipe idealizada parte da concepção de que existe uma insatisfação por parte dos pesquisados, demonstrando uma total despreparação na formação profissional para garantir o processo de integração. O resultado desta formação inadequada é o que se verifica no cotidiano das equipes da ESF, apesar de médicos e enfermeiras trabalharem juntos

diariamente, parece que as suas ações não correspondem ao que preconiza ao ESF. Isto porque estes profissionais pouco se falam, quase não há interação e as práticas de promoção e prevenção da saúde ficam perdidas no discurso vazio, por serem extremamente fragmentadas.

O cotidiano desvela que alguns destes profissionais entrevistados para este estudo, no caso as enfermeiras estão sendo sobrecarregadas, porque provavelmente alguns profissionais da equipe não realizam as tarefas por entenderem que a responsabilidade é do outro profissional e não sua.

#### 4.6 Médicos e enfermeiras na ESF: concepções sobre o cuidado e o conteúdo das ações no cotidiano

O trabalho em equipe exige a interação e a troca de saberes abrindo a possibilidade para que cada profissional utilize a sua competência e criatividade nas ações do cotidiano para que juntos realizem a produção do cuidado. No entanto, o dia a dia na ESF apresenta uma outra faceta, evidenciando que nem sempre as parcerias que deveriam ocorrer, para garantir o cuidado e a atenção em saúde da população, se efetivam:

[...] Discutir questões do cotidiano em equipe é uma atitude fundamental, porque enriquece o conhecimento da equipe sobre os problemas do paciente, sem falar que esta atitude facilita a resolução dos problemas apresentados pelo paciente. Isso também envolve a ética, nos estudos de caso quando precisamos discutir as necessidades do paciente. Cada membro dá a sua opinião dando sugestões para melhores estratégias no atendimento e tratamento. Não vejo dificuldades em discutir esses casos com os colegas, acho que o grande problema está na falta de tempo que dispomos para realizar essas discussões. [...] (Heloisa - Enfermeira)

Esta compreensão sobre a organização das práticas significa garantir a troca de informações, mantendo a clareza sobre as ações desenvolvidas, ou seja, garantir que todos falem a "mesma língua" na ESF. Trabalhem juntos a partir dos mesmos objetivos, priorizando momentos onde a equipe se encontra para planejar, discutir e avaliar o processo de trabalho.

Assim, quando essa equipe se encontra, pode discutir os valores associados às percepções e práticas sobre o masculino e o feminino que fazem a divisão social e sexual do trabalho, bem como sobre a saúde, a doença, a família e a quem destinar o cuidado. Valoriza e conhece cada profissional, compreende que cada um traz a sua contribuição a partir da sua área específica de conhecimento, trabalha no sentido da compreensão sobre a divisão e o conteúdo das tarefas do cuidado entre os seus membros.

[...] O médico ainda é visto como o mais importante, aquele que sabe. É bem possível que eles acreditem mais no que o médico diz do que nas suas orientações

tão cuidadas. Mas na relação do dia a dia a população terá a oportunidade de te conhecer, verificar o seu conhecimento também científico e que as suas orientações também partem de um conhecimento acumulado. Estamos trabalhando para esta mudança! [...] (Heloisa - Enfermeira)

Não está se questionando o valor do médico na ESF, no entanto é de suma importância discutir com a comunidade a responsabilidade de cada membro da equipe, valorizando outras profissões. Evidenciando outros tipos de conhecimento e também valorizando o conhecimento popular. Incentivando nessas práticas cotidianas o diálogo. O diálogo que facilita a aproximação da comunidade e dos profissionais, tendo em vista uma educação que constrói a autonomia dos sujeitos, valorizando para isso o conhecimento desses indivíduos, reconhecendo seu poder e direito de liberdade para assegurar conquistas sociais, criando novos espaços de poder (FREIRE, 2003). Garantindo para tanto ações planejadas também com a perspectiva de gênero para a organização dessa população atendida na ESF.

O médico de família poderia ser identificado como aquele profissional que cuida do indivíduo no interior da comunidade, dentro da família, construindo sua competência para desenvolver o cuidado onde a relação entre paciente e médico deve ser o centro das preocupações.

Para problematizar o terceiro ponto desta análise partimos inicialmente do pressuposto sobre o poder e nos colocamos nesse momento, a caminho da compreensão dos sentidos que estariam produzindo um discurso sobre relações assimétricas de gênero. É nesse sentido que produziremos o ponto seguinte relativo aos: a) As relações que ocorrem entre os membros da equipe no âmbito do trabalho evidenciando alguma mudança na forma de conduzir a ESF; b) Mecanismos de poder, controle e reprodução; c) As hierarquias e concepções sobre o conteúdo do trabalho imbricado com os processos de generificação; d) As interfaces desse fazer profissional (afeto e cuidado com acolhimento, vínculo, construção de autonomia / elementos de assistencialismo filantropia , reprodução da feminização e política do cuidado. Procurando assim, analisar como os entrevistados percebem o cotidiano da ESF, se identificam algum tipo de mudança nas práticas da SF?

[...] Infelizmente a teoria está muito aquém da prática, tem que juntar um pouco mais a teoria da prática, porque estão muito distante uma da outra. Isso só vai ser aproximado quando a gente tiver esse perfil do gestor que é administrador [...] Isso é seriedade ao trabalhar Saúde da Família. Enfermeiro tem que fazer parte da enfermagem e administrador tem que fazer administração; organizar porque a gente tem um papel, a gente tem um protocolo, a gente tem regras. Isso não é enfermeiro, isso não é médico que tem que fazer, isso é administrador tem que saber mexer com estatísticas, com números, perspectivas. Satisfazer as necessidades do MS. Tem que

ser o administrador, cara que não tem que saber nada de saúde, mas sabe conduzir as regras e pessoas, gestão. [...] (Guilherme - Médico)

[...] Mudou porque eu não tinha muito conhecimento e hoje eu estou adquirindo esse conhecimento, não é porque mudou porque eu não gostava, na verdade eu não sabia o que era o SF. Quando você sai da faculdade não basta você dizer que é médico, as pessoas te perguntam: "você é médico de quê?" Qual é a sua especialidade? Quando eu falo que sou médico de SF me perguntam o que que é isso? Eu tenho que explicar o que é, que eu trabalho em Unidade de Saúde, sou responsável pela comunidade, falo medicina generalista. O pessoal não sabe o que é isso ainda, eles acham que é "médico de posto", eles não estão entendendo a dimensão do trabalho, o significado de SF, a importância disso.[...] Eu pude ver quais são os desafios e a visão sobre o SF mudou no sentido de melhorar e é isso que me faz buscar ser bom no que eu estou fazendo. (Fabrício - Médico)

Mudanças? Alguns dos entrevistados ao longo das entrevistas evidenciaram que o médico de família ganhou muito espaço com a ESF, que tem sido muito procurado nos concursos públicos, dizendo que alguns municípios pagam até 10 mil reais. Quase sempre o maior salário nos concursos é do médico, no interior isso fica muito evidente é uma forma de chamar atenção do médico para morar no interior. Isso tem gerado muita rotatividade, ou então o interesse pelo salário e não pelo trabalho tem criado muitos problemas na SF, não existe o compromisso profissional esperado para o trabalho junto à equipe.

Quando se falava sobre o Congresso de Alma-Ata (1978) ou na Reforma Sanitária (1986) o ideal era o atendimento com qualidade para a população, nas entrevistas em alguns pontos parece que o espaço pode estar sendo mercantilizado. A mudança caminha lentamente em direção a proposta junto à Atenção Básica que evoluiu e que tenta respaldar um novo conceito de saúde, gerando um ambiente de inovação que dá poder a comunidade de integração, incentivo à gestão familiar com vistas a promoção humana, garantir saúde de forma democrática.

Na fala dos entrevistados abaixo está imbricado um pouco o lugar social de onde vêm os profissionais assim como os espaços de poder que ocupam a partir da interpretação da sua clientela:

[...] A comunidade nas cidades menores, nas cidades do interior, com boa estrutura de SF enxerga as ações do médico, da equipe. Eles têm certo carinho com as Unidades porque vêm esse nosso trabalho, vamos na casa ... Temos uma aceitação boa... Muito boa por parte da população e eu acredito que a tendência é só melhorar. Se a gente está empenhado em ajudar e eles querem ser ajudados não tem como não ter uma boa relação . Essa relação médico/paciente na SF é um campo que cresce muito, você com o paciente numa relação além de médico, a população enxerga isso! [...] (Fabrício - Médico)



[...] Acho que ainda a imagem do médico é meio, não gosto de dizer assim... Mas endeusada. Ainda esse poder sobre a saúde e doença é um referencial de *status* que a categoria insiste em manter. A idéia do médico de família vem tentar modificar essa imagem, levando o profissional para dentro das moradias, no interior dos problemas da população. Isso é o que dá sentido ao nosso trabalho essa aproximação com a família e comunidade, mostrando que é do próprio paciente que podem surgir as melhores soluções sobre as suas condições de saúde. O SF terá sucesso quando todos os profissionais assumirem essa postura, que desvela o mito, que apresenta a equipe como fundamental no cuidado à saúde sem respaldar nenhuma categoria em detrimento da outra, sem repetir o modelo das diferenças tão patentes na nossa sociedade. [...] (Francisco - Médico)

Na figura do médico uma mitificação, que por vezes o responsabiliza por implementar novas práticas de saúde junto à população. Esse modelo de assistência centrado na pessoa do médico predominou por muito tempo, por isso a população ainda faz referência à superioridade do médico, como aquele que cura, que soluciona os problemas de saúde / doença.

Madel Luz (1988) refere-se ao surgimento de uma racionalidade anátomo-clínica, que vem organizando o que se apresenta como diferente na doença de cada indivíduo como um modelo explicativo, articulando o olhar à linguagem, investigando e descobrindo, que não exclui a interpretação dos sintomas ou não em signos de doença buscando o diagnóstico. A ciência moderna exige do médico uma mudança constante tendo em vista deslocar o conhecimento da arte de curar pessoas para o entendimento das doenças, passando a representar para este, no seu cotidiano, um conflito entre o indivíduo que realiza a cura e o cientista da doença. O cientista busca o universal através da objetivação da doença enquanto que o artesão da cura busca o entendimento dos dados. Analisa a importância dos fatos corriqueiros na clínica, referindo a um conhecimento construído a partir da experiência ao diagnosticar e tratar inúmeros pacientes, assim este saber/fazer construindo alguns mitos ao redor da figura desse profissional. Por conta disso, é possível que essa imagem ainda seja mantida também porque no interior da equipe ninguém assume uma postura problematizadora e crítica. Assim, esse poder/saber ainda legitimado nos discursos, ou nos silêncios que não se submetem ao poder, mas também não se opõe a ele. Um jogo complexo e instável como um instrumento de poder, e também funciona como obstáculo, que escora que garante a resistência. Ações e reações que reforçam o poder, mas também o mina, expõem, debilita. [...] Da mesma forma, o silêncio e o segredo dão guarida ao poder, fixam suas interdições; mas também afrouxam seus laços e dão margem a tolerâncias mais ou menos obscuras. (FOUCAULT, 1985, p.95-96).

Esse saber/fazer médico garantindo um poder que é validado pela maioria, tomando conta nas relações da ESF através das práticas médicas, ou até mesmo de protocolos criados pela medicina, ainda como formas de determinar o fazer profissional na área da saúde. Uma medicina que prioriza a criação de protocolos, rotinas diagnósticas e terapêuticas diminuindo a autonomia de decisão dos médicos, no entanto, alivia sua responsabilidade.

E nesse cenário como a comunidade aceita, ressignifica a condição da Enfermagem? Algumas entrevistadas referem a mudança que se constroem lentamente, quase imperceptível, mas real:

[...] Como já disse essa idéia está mudando, percebo na própria população uma valorização em relação a nossa atuação. Em alguns momentos já passei por situações constrangedoras com médicos que não valorizam nosso trabalho, até mesmo tentando me intimidar com seu poder, com seu *status*. [...] (Denise - Enfermeira)

Para compreender o que é esse trabalho que se refere Denise faz-se necessário buscar nos estudos de gênero, respostas que evidenciam que as relações sociais de sexo acabam problematizando a divisão sexual do trabalho, possibilitando assim ampliar a própria noção de trabalho. Trazendo a tona à importância do rompimento com a identificação do trabalho masculino como universal, exigindo uma reflexão mais ampla e assim conduzindo o foco nas relações sociais, pontuando classe e sexo social.

Apesar do avanço das tecnologias na sociedade contemporânea é possível que a divisão sexual do trabalho permaneça acentuando o domínio da esfera tecnológica pelos homens e o entendimento da incompetente técnica por parte da mulher. Como se fosse possível dizer que existem trabalhos de homens e trabalhos de mulheres, onde o trabalho de homem tem mais valor que o trabalho da mulher.

Mais uma vez o dualismo hierarquizado se mantém, e a atitude das mulheres parece ser o de aceitação. Como as mulheres foram muito bem treinadas para agüentarem um ritmo intenso e um acúmulo de atividade, muitas delas, mesmo percebendo o peso da carga colocada sobre os seus ombros, acha-o normal. (SAMPAIO, 2007).

[...] Hoje como coordenadora percebo grande valorização da profissão no nosso município. Atualmente identifico através da consulta de enfermagem, que a população já não valida tanto este espaço que era só do médico. A enfermeira ouve, explica, orienta, tem paciência para esclarecer dúvidas e os usuários valorizam esta forma de atuar, preferindo em muitos casos serem atendidos pelo enfermeiro e não pelo médico. Profissional que cuida do outro e que deve comprometer-se com aquilo que faz, para fazer o melhor sempre. [...] Às vezes em pequenos gestos de carinho e reconhecimento da população encontro grandes alegrias e realizações, é assim que me sinto estou mais viva, cada vez mais viva!!![...] (Sandra-Enfermeira, coordenadora da ESF).

No depoimento acima a certeza de plena satisfação ao atenderem a população, de sentir-se bem no desempenho de suas ações. A responsabilidade sobre os usuários, o sentimento de equipe, a possibilidade em colocar-se, a possibilidade de expor opiniões e idéias a respeito do atendimento da clientela. A valorização da categoria por parte da população atendida parece fundamental nesse espaço que se conquista vagarosamente com muito trabalho e que lhe proporciona visibilidade profissional

Essas 5 mulheres representam um campo mais amplo de relações que se engendram e constroem concepções sobre a circulação de valores e práticas em saúde. E como ao interagirem na ESF que tem seu "papel social, político e econômico valorado" - elas se engendram como capazes de mudar ou não um conceito de cuidado, construído no conjunto histórico das relações sociais como parte constitutiva do feminino e como condição do não valor da mulher. Ao agregarem dinâmicas como planejar, gerenciar, coordenar, avaliar, supervisionarem tradicionalmente exercidas por homens em quase todos os espaços de trabalho, elas acabam por modificar concepções sobre sua habilidade, capacidade dinâmica social que facilmente nas práticas de gênero são pensadas como incapacidades para o feminino.

O que acontece com estas enfermeiras quando estão nessa dinâmica de um trabalho que tenciona-se politizado do ponto de vista da cidadania e do investimento que ele precisa para construir e reverter-se em ações de ordem organizacional, produtiva. Estrategicamente montadas para organizar um serviço que é público, dinamizado pelo trabalho da equipe e construtor de vínculos com a sociedade. Elas já trazem para dentro da categoria "cuidado" um conteúdo político, onde não cabe estereótipos do tipo: são incapazes teoricamente, estabanas, fracas, emocionalmente instáveis ou serviriam melhor para trabalhos caseiros, situações tantas vezes utilizadas em ambiente de trabalho e que hoje poderiam ser consideradas em processo de assédio moral.

Ao exercer essas funções não estariam posicionando essa própria profissão na função do ensino do lugar da cidadania, das construções culturais novas, principalmente quando se orientam para práticas de integração, organização e produção de conhecimento sobre esse tipo de trabalho. A questão de desmistificação de práticas ligadas à saúde e em muitos casos ligados a questões de gênero, influi no trabalho das enfermeiras por estarem presentes ao lado do doente, tornam-se emocionalmente ligadas aos seus pacientes. Agindo quase como confidentes de suas expectativas e esperanças de cura, procurando sempre aumentar a qualidade de vida da população.

[...] O atendimento em saúde ainda está relacionado à classe médica. Um trabalho dividido, aquele que faz e aquele que pensa... Mas eu vejo que a sociedade é que continua dando esse poder, que muitas vezes complica na relação médico / enfermagem. Acho que a comunidade aceita o enfermeiro, porém não valida o seu conhecimento científico. Esse saber ainda está vinculado ao médico, essa supremacia do médico permanece. [...] (Fabiana - Enfermeira)

[...] A enfermagem está mais reconhecida, mas ainda é muito complicado por que a população vê todo aqui como mundo como médico. A população desconhece a consulta de enfermagem, ela se admira: "nossa mas enfermeira faz consulta?" Quando eles vêem que a enfermeira dá muito mais atenção do que o médico pelo fato do tempo que você tem, eles acabam preferindo passar <sup>38</sup> com você. Mas não pelo fato de que você é enfermeira e sim pelo fato de que você dá mais atenção [...] eu acho que quando você diz que não é médica eles se sentem mais próximos, mais à vontade e perguntam mais coisas, conseqüentemente criando um vínculo maior. Então me vejo fazendo um elo de ligação entre o paciente e o médico. Parece que a população pensa que você está mais próxima deles, talvez a questão do saber, como se o médico estivesse em outro patamar na equipe. [...] (Carla - Enfermeira)

O médico utiliza em sua fala uma terminologia muito específica e técnica que a população não consegue decifrar<sup>39</sup>, sem que perceba estabelece uma relação de poder, relação de autoridade baseada num saber que é só dele, inibindo os pacientes frente à uma conversa tão difícil de traduzir. Como se a medicina fosse pensada pela maioria dessa categoria não como uma prática social onde tudo ganha sentido. Mas sim como uma medicina de sentido único, que permite utilizar um saber como forma de curar a doença, cujo sucesso parece depender de um conhecimento teórico, que se pode aprender nos livros, conhecimento passível de ser aprendido nos cursos de aperfeiçoamento e capacitação, onde as incertezas podem ser redimidas e o desconhecimento apresenta uma finitude. Então no espaço da ESF seria interessante que a medicina fosse vista como uma prática social, que é muito mais do que aplicar conhecimentos teóricos na promoção, prevenção e cura da doença. O trabalho junto a equipe em alguns momentos parece esvaziar-se, dada a constante inadequação de alguns profissionais para assumir o cuidado no meio familiar.

[...] Com a equipe tudo bem, mas às vezes a relação com os médicos é difícil, alguns nos vêem como "capacho" (risos). Faço meu trabalho e entendo que esta relação precisa ser revista. Não quero resolver os problemas do mundo, mas minha experiência mostra que com cuidado e sabedoria ganho espaço de reconhecimento. É assim q tem q ser. Por outro lado vejo a equipe sendo muito cobrada, é muita

<sup>38</sup> Passar aqui tem o significado de fazer uma consulta, passar pelo médico, pela enfermeira, uma terminologia interna do atendimento em saúde.

<sup>39</sup> *Histórias da minha passagem numa equipe de saúde*: - Numa consulta a médica informa a mãe: - Sua filha está com "crostas hemáticas"... Com certeza a mesma entrou em desespero, achando que a filha pudesse ter mais uma doença. Seria mais simples dizer que era apenas "uma casquinha de ferida", ou seja, utilizar um vocabulário inteligível para aquela mãe, vinda do interior e que mal sabia assinar o seu nome.

pressão, me dou conta de quanto estamos envelhecendo por tanto *stress* cotidiano.  
[...] (Denise - Enfermeira)

Aqui a necessidade de problematizar as relações entre profissionais no sentido de pensar no cuidado que implica num conjunto de conhecimentos e agires nas experiências e modos singulares de cada profissional de saúde operar seu trabalho vivo em ato. (MERHY, 1998). No entanto, o cuidado aqui na fala de Denise, impossibilitando a capacidade em manter as relações de trabalho mais relacionais, acolhedoras, garantindo um vínculo visando o empoderamento dos sujeitos.

O endeusamento infelizmente acontece pela super especialização dos médicos e da medicina só que no caso da SF isso não pode ocorrer tanto porque a filosofia de trabalho do SF é a filosofia da equipe. Você tem que saber trabalhar em equipe. Você tem que ter a sua liderança sim, mas você tem que ser capaz de saber dividir o espaço, dividir o momento de trabalho, dividir as ações. Você não tem que tentar carregar tudo nas costas. Então se você ficar com esse "endeusamento" essa vaidade vai te atrapalhar você não vai e adequar ao tipo de trabalho que o PSF exige. [...] (Fabrício - Médico)

[...] A formação dos profissionais de saúde não estimula o trabalho interdisciplinar. A medicina é fundamentalmente clínica! O que acentua o atendimento individual. Na faculdade isso é bem claro, tudo muito dividido em disciplinas, cursos, espaços. Como exigir uma interdisciplinaridade de profissionais que não viveram esta experiência? No fim das contas cada um faz os seus atendimentos em nenhuma preocupação com o que o outro profissional está fazendo. Trabalho em conjunto e não em grupo. Trabalho de equipe significa e trabalho interdisciplinar, trocas, ética, respeito, envolvimento. [...] (João - Médico)

Fica evidente nesse depoimento a dificuldade do trabalho em equipe, também em decorrência da falta de clareza e definições de trabalho em equipe na literatura, na formação médica, principalmente verifica-se uma abordagem técnica e individualista. O que se encontra a partir da fala dos sujeitos da pesquisa é um trabalho multidisciplinar, simplesmente uma junção dos saberes de várias ciências, o que em nada se configura como trabalho em equipe.

Em outros termos, embora apresentem diversas interpretações, aqui ser um profissional da ESF significa saber trabalhar em equipe, assumir uma responsabilidade que urge ser questionada. Para que se possa atingir os princípios da ESF e assim, segundo Merhy utilizar-se dos diversos conhecimentos que cada profissional de saúde detém, para que os diversos saberes se articulem, em um emaranhado de saberes. Para que em "relações intercessoras com os usuários" possam produzir o cuidado, articulando "seus núcleos de competência específicos, com a dimensão de cuidador que qualquer profissional de saúde detém". (MERHY, 1998, p.113).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para desenvolver esta investigação exploramos duas dimensões: a) o resgate da história da construção da política brasileira de assistência à Saúde, buscando retratar a construção do SUS e a implantação da ESF. Visibilizando através de estudos já realizados sobre o tema e a análise dos discursos oficiais o esforço investido pelo Estado, no sentido de garantir através dessa política pública de saúde a qualidade de vida da população, reorientando assim o modelo de atenção e gestão. b) a captação da narrativa de um total de 10 profissionais sendo 5 médicos (homens) e 5 enfermeiras (mulheres) inseridos na ESF em Curitiba e a sua Região Metropolitana. Através dessa narrativa buscamos compreender nas relações de trabalho desses profissionais os significados atribuídos aos conteúdos das tarefas e a divisão sexual do trabalho, inserida em dinâmicas de gênero e de poder na estruturação da própria proposta da ESF, no que se refere à perspectiva de interdisciplinaridade sobre as práticas do cuidado no meio familiar.

A análise que empreendemos levou-nos a localizar a ESF inserida num contexto de direitos emanados da Constituição Federal (BRASIL, 1988), partindo do pressuposto que a saúde é um direito universal de todo cidadão. No modelo atual, o Estado é o responsável pelo acesso pleno ao atendimento de saúde da população, cabendo ao SUS - Sistema Único de Saúde – integrar todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral com participação da comunidade. Nesse cenário, o visualizamos SUS, como política pública que indica a ESF como uma ferramenta democratizante que tenta garantir a promoção à saúde da população.

A ESF como resultado de movimentos de saúde e da própria Reforma Sanitária (1986), constrói suas práticas baseada em modelos de assistência internacionais e busca para tanto substituir o modelo tradicional, centrado na cura da doença. O novo modelo de atenção representa uma estratégia do cuidado em saúde da população brasileira que implica em valorizar a realidade regional, identificando os problemas apresentados pela comunidade local e criando assim, possibilidades de intervenção sobre estes.

A ESF busca desenvolver ações através da equipe interdisciplinar de saúde, priorizando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de indivíduos e famílias, de forma integral. No entanto, a nossa análise nos permite dizer que ainda o discurso formal nos documentos que regimetam a ESF estão distanciados da prática cotidiana das equipes. A ESF tem como um dos princípios o estabelecimento de vínculo e comprometimento com

vistas à humanização do atendimento à população, na medida em que se coloca como um espaço de democratização dos saberes e da participação.

A ESF tem em vista a construção da cidadania, no entanto a nossa análise evidencia que ainda que num discurso democratizante, é possível identificar no cotidiano do trabalho entre médicos e enfermeiras a reprodução das desigualdades de gênero veiculadas nas concepções sobre o cuidado e sobre quem deve cuidar, quem deve medicar, quem deve ensinar e curar.

O estudo pela perspectiva de gênero permitiu a compreensão de que muitas das tarefas do cotidiano nas ações em saúde realizadas por médicos e enfermeiras, ainda apresentam uma divisão clássica do trabalho pensado para os homens e as mulheres. Apresenta conflitos quando não consegue atingir a proposta de mudança preconizada pelo SUS, evidencia um deslocamento de poder para o campo da enfermagem, que acaba reproduzindo em algumas situações as mesmas relações hierarquizadas na distribuição das tarefas e no cotidiano das relações de trabalho. Gera dessa forma um constante enfrentamento entre médicos e enfermeiras quando elas assumem o comando dessa relação de trabalho definindo a priori as tarefas que serão realizadas pelo médico sem discuti-las previamente.

Dessa perspectiva, partimos para a análise do primeiro ponto a ser compreendido no tocante as práticas de cuidado. A ESF traz em seus princípios e diretrizes a valorização da família como a referência da política pública de saúde, vendo-a como agente capaz de contribuir para a melhoria da saúde. No entanto, não se dá conta de que a família está em processo de mudança, onde muitas vezes é rerepresentada pela mãe e pela criança, ou mesmo apresenta outros modelos já citados anteriormente.

O atual modelo econômico insere muitas dessas mulheres no mercado de trabalho de forma extremamente precarizada, tornando crianças responsáveis por cuidar de crianças. Daí a dificuldade também do trabalho com essas famílias quando se trata de orientá-las em relação ao cuidado e a promoção da saúde. A ESF apresenta como proposta a atuação profissional com uma visão mais holística e humanizada, quando centra as suas ações voltadas ao indivíduo como sujeito histórico. Numa relação que prevê a escuta/acolhimento<sup>40</sup>, tendo em vista a aceitação do saber popular como capaz de contribuir para a construção do conhecimento como facilitador para a promoção da saúde. Trabalha com a construção da autonomia, da humanização, do direito à informação, na relação de co-responsabilidade e

---

<sup>40</sup> Prática educativa que deverá refletir a qualidade da relação profissional construção de novo modelo de atendimento. Os profissionais deverão capacitados para incorporar o acolhimento e a orientação como prática cotidiana da assistência. Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos. Humaniza SUS. Disponível em: < [http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id\\_area=1342](http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=1342) > Acesso em: 28 ago 2008.

confiança. E na fala das enfermeiras se identifica uma mudança de paradigma quando imprime a valorização do seu trabalho e incentiva a mudança de atitude por parte do médico em alguns momentos matizando uma possível conquista profissional.

Esse estudo nos levou a compreender que a ESF traz a família para o centro da política pública de saúde, vendo-a como agente capaz de contribuir para a melhoria da saúde da população. Tenta através das práticas de educação em saúde, realizadas pelos membros da equipe, modificar o entendimento da população sobre o processo de saúde e doença.

A ESF propõe uma visão mais holística e humana, no entanto, percebemos no segundo ponto analisado um grande descompasso entre o discurso que o SUS faz e o que realmente concretiza quando se refere à ESF sendo realizada por uma equipe de saúde integrada e capacitada para assumir os princípios que preconizam o seu trabalho. Na fala de nossos entrevistados identifica-se a constante afirmação da hierarquização do trabalho no cotidiano da equipe de saúde o que demonstra a dificuldade de se trabalhar em equipe.

Ao analisarmos os conteúdos sobre a ESF no site do MS o trabalho interdisciplinar é premissa fundamental para a garantia da implantação do novo modelo da Atenção Básica. Exige uma nova postura por parte dos diversos profissionais envolvidos, sem falar da população que passa a estabelecer vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com essa equipe de saúde. No entanto, identifica-se a grande dificuldade, por parte dos diferentes agentes envolvidos, em desenvolver este trabalho em equipe interdisciplinar em decorrência de questões que remetem à formação inadequada para a nova proposta assim como ainda a persistência do modelo hospitalocêntrico que divide as tarefas dos membros da equipe numa perspectiva extremamente dicotômica. Valoriza o conhecimento médico em detrimento de outros saberes presentes na equipe, assim como ainda reforça a diferença na distribuição das tarefas no processo de cuidado realizado por homens e mulheres.

Por outro lado, a criação da ESF promove outra mudança de paradigma, quando propõe uma nova filosofia de trabalho na área da saúde. Supõe uma formação mais generalista e menos especializada, comportamentos menos objetivos e a necessidade de envolvimento por parte dos profissionais com a comunidade.

Na medida em que avançamos em nossa análise, visualizamos como se estruturam as desigualdades de participação para médicos e enfermeiras, percebendo algumas contradições na formação médica, por exemplo, quando não privilegia o preparo profissional para atuar em equipe, e dificilmente junto à ESF. Assim, identificamos que algumas das dificuldades na ESF estão relacionadas à necessidade de capacitação dos profissionais para participarem da mudança desse modelo assistencial.



A organização dos processos de trabalho no interior da ESF evidencia ainda o poder técnico e político dos profissionais médicos, em geral, o trabalho ainda é realizado de maneira fragmentada. A mudança nas ações em saúde requer reelaborar essas práticas, problematizar como estão sendo produzidas e quais são as concepções que as traduzem em ações de saúde.

Os resultados demonstram a permanência da hierarquização dos processos e do trabalho da enfermagem e da medicina no interior da ESF, mas há indícios de uma possível transformação da prática assistencial, resultado do novo enfoque interdisciplinar na complementaridade das ações assim como em relação a postura profissional. Entrevistados, médicos e enfermeiras, apontam para essa mudança que parece estar sendo construída por parte daqueles que estão realmente comprometidos em democratizar o cuidado em saúde da população.

A ESF exige um trabalho complexo, demanda conhecimentos específicos, assim como valoriza uma boa articulação junto às relações interpessoais, garantindo o respeito e a integração da equipe. Apesar dos avanços, segundo informações do Ministério da Saúde, o SUS enfrenta os seguintes problemas: fragmentação das relações entre os diferentes profissionais; precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção; baixo investimento na qualificação dos trabalhadores; formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde, entre outros. (BRASIL, 2002). Essa afirmação relaciona-se diretamente com os resultados obtidos na nossa investigação, é possível identificar na fala dos entrevistados essa fragmentação das relações, a falta de capacitação profissional para assumir as ações preconizadas pelo SUS.

O terceiro e último ponto da nossa análise parte do pressuposto de que o poder faz parte de uma gama de relações organizadas e hierarquizadas, assim é fundamental tentar compreender os sentidos que estariam produzindo um discurso sobre relações assimétricas de gênero.

A ESF encontra obstáculos na sua incorporação que fragilizam o processo de integração da equipe na medida em que as ações são desenvolvidas numa perspectiva binária de gênero, pensando de forma dicotômica a divisão das tarefas entre homens e mulheres. Nota-se que existem relações hierárquicas e de subordinação, retomando a divisão clássica entre o trabalho manual e o intelectual. A enfermeira ainda supre e complementa as ações do médico. O médico ainda é visto pela sociedade como detentor de um saber científico ancorado no racionalismo do século XVIII e no positivismo do século XIX. Gera desta forma, o estabelecimento de relações de poder decorrentes de representações existentes no imaginário social sobre o saber médico.

Identifica este profissional, médico, num nível de superioridade aos demais agentes da equipe, também porque o relaciona a uma condição diferenciada, possuidor do capital simbólico, também relacionado ao fato de que apenas uma parcela restrita da população consegue ter acesso a um curso de medicina.

Essas condições efetivas têm um significado muito determinante na prática interdisciplinar nesse contexto. A mudança do modelo tradicional não ocorre, porque ainda tem gerado na distribuição e organização das tarefas desigualdades de gênero no espaço de trabalho.

Dessa forma, a hierarquização nas relações gênero demonstra espaços determinados socialmente, ou seja, na investigação que realizamos junto a órgãos oficiais como IBGE, Conselhos das categorias profissionais entre outros pudemos verificar como homens e mulheres se apresentam distribuídos nos espaços de trabalho. Reforçando a concepção de que ainda determinadas profissões revelam a existência na sua maioria ou de homens (a medicina) ou de mulheres (a enfermagem).

Nessa perspectiva o estudo aponta para a valorização da medicina, como uma profissão historicamente construída, hierarquicamente superior e masculina. No caso da enfermeira a profissional é vista como uma mulher, representações ligadas ao fato de que ser mulher significa ter “alma feminina”. Assim, a profissão de enfermeira foi institucionalizada na sociedade atual como um campo de trabalho para mulheres, e isso foi possível comprovar através dos dados apresentados anteriormente.

A reflexão sobre o campo de trabalho da enfermagem suscita vários questionamentos. Problematizando o seu conhecimento, como se produz, como se obtém e finalmente de que maneira é aplicado nas ações em saúde.

Para Anderson (2006), essas são questões relacionadas à grande relevância do feminismo, que impulsionou o reconhecimento de uma variedade de fontes de informação que são necessárias para lidar sensivelmente com os seres humanos, entendimentos subjetivos que são frequentemente negligenciados por um objetivismo científico direcionado empiricamente e pelo racionalismo médico.

A prática da enfermagem está relacionada à tradição de cuidar, escutar, intuir, presenciar, diferente de curar doenças responsabilidade da medicina. Nos depoimentos das enfermeiras entrevistadas pode-se identificar que ainda a mulher está relacionada a alguns tipos de trabalhos considerados femininos, próprios para serem realizados por elas, porque está ligada a idéia de que, ser mulher significa ter sido preparada para o ato de "cuidar". Nesses depoimentos desde o período de formação está posto que o ato de cuidar está em sua

própria essência, ou seja, a mulher não precisa freqüentar uma faculdade para assumir certas atividades que são desenvolvidas no cuidado com as famílias da ESF, porque faz isso desde a sua infância e esta concepção está no imaginário social.

Quando analisamos a nova proposta do fazer profissional do médico nota-se a necessidade de se preocupar não somente com a técnica, com o domínio do saber científico, mas na fala dos médicos surge um novo desafio. Ele diz respeito a exigência da ESF de se tornarem também cuidadores humanizados, que se preparam a relação consigo e com a população, exigindo-lhe novos valores, que requer qualidade, capacidade de trabalhar em equipe onde o objetivo é a promoção da saúde. É o bem fazer ao indivíduo-família, o mínimo que se espera do médico da ESF. Isso é tido de forma diferente pelo médico formado há 20 anos atrás, quando a escola formava o profissional numa ótica curativa, o que acaba reproduzindo por parte de alguns uma postura que compromete a atuação na equipe nos dias de hoje.

Na fala dos médicos entrevistados indentifica-se que em sua maioria receberam uma formação diferenciada devido à mudança de atenção à saúde ter o foco da prevenção e promoção. Estes têm outra postura de respeito, em muitos casos, em relação ao trabalho do outro profissional.

Historicamente os médicos assumiam a liderança na equipe de atenção à saúde, por uma questão relacionada a fatores imbricados na cultura, poder e perspectiva da divisão entre o público e o privado, o trabalho intelectual e manual, a divisão sexual do trabalho na trajetória da formação das próprias profissões. Atualmente este espaço passou a ser ocupado pela enfermeira, tendo na proposta da ESF a participação e responsabilidade de todos, onde a equipe deve direcionar que necessidades precisam ser decididas, quais profissionais devem estar envolvidos em determinados processos. Mais uma vez a possibilidade de visualizar a mudança nas relações desses profissionais, no entanto, da mesma forma uma mudança sofrida, envolta em muitos conflitos, ansiedades, questionamentos. No meio a tudo isso, um compromisso muito grande, por parte de nossos entrevistados no sentido de trabalharem constantemente envolvidos e comprometidos com esse novo fazer/saber profissional no cotidiano das relações entre médicos e enfermeiras da ESF.

O trabalho nessa equipe exige uma construção coletiva das tarefas cotidianas, muitas são as dificuldades para que isso aconteça. Na fala dos entrevistados se expõe uma realidade diferente onde nem sempre troca de informações e o planejamento em conjunto tem acontecido. A falta do trabalho coletivo coloca uma barreira que impõe empecilhos as tarefas e ao atendimento efetivo da demanda, evidenciando conflitos, que surgem em decorrência de

muitas opiniões e posturas, sendo que se referem que parte dos profissionais querem o controle das decisões e outros em sua maioria apresentam um comportamento amorfo, não assumindo com comprometimento as suas tarefas.

Fica evidente a angústia de alguns profissionais entrevistados em construir esse espaço da forma como vem sendo idealizado. Exige-se resignificar a visão do processo de trabalho e considerar que a equipe apresenta várias possibilidades que tendem a auxiliar o desenvolvimento das ações em saúde. Na fala de alguns médicos também o desabafo por estarem submetidos a uma grande sobrecarga de trabalho, com dificuldades em relação a continuidade do tratamento de pacientes que necessariamente precisariam ser atendidos por outras especialidades que não fazem parte da equipe mínima, garantindo a retaguarda dos demais níveis de atenção.

A interdisciplinaridade dá novo sentido à divisão de responsabilidades do cuidado entre os profissionais, a concepção integral do cuidado pressupõe a ação interdisciplinar, onde a valorização das diversas disciplinas favorece a abordagem resolutiva do cuidado. Dessa forma, a figura do médico, que era o centro da equipe no modelo hospitalocêntrico, divide essa responsabilidade das tarefas com a enfermeira e demais entre os membros da equipe.

Esta mudança trazida pela ESF modifica o padrão centrado na cura da doença através da consulta médica, trás a Educação em Saúde mostrando que muitas das tarefas do cotidiano da equipe estão diretamente ligadas às ações de prevenção e promoção de saúde. A equipe como um todo tornando-se co-responsável para cuidar de indivíduos de todas as idades, nas mais variadas comunidades, trazendo resolubilidade aos problemas de saúde da população.

No tocante as tarefas os médicos assumem em determinadas falas certo ressentimento, insatisfação e até mesmo preconceitos ao se colocarem como desvalorizados no espaço da equipe q eu se diz interdisciplinar. Referem a coordenação da enfermagem assumida de forma a repetir o modelo hierarquizado de poder do modelo anterior. Não atinge a mudança do modelo tradicional porque ainda tem gerado na distribuição e organização das tarefas desigualdades de gênero no espaço de trabalho.

Ao relatarem sobrecarga que enfrentam no trabalho, as enfermeiras expõem que assume com frequência tarefas da responsabilidade de outros membros da equipe. Quando se referem a sobrecarga, verifica-se nesses depoimentos certo desabafo, que também corresponde a sinalização da necessidade de se aumentar o quadro de profissionais da equipe mínima da ESF. Ao mesmo tempo, referem-se a esse trabalho como um dom, uma doação, trabalho que envolve amor e a necessidade de cuidar do outro numa atitude naturalizada como feminina.

Algumas mulheres escolhem a sua profissão relacionando questões biológicas, no caso as enfermeiras referem ser afetuosas, ter uma vocação que está ligada ao amor, ao saber cuidar isso é essencializado no emocional e psicológico, mais do que no biológico que seria: nasceram para isso. Não relacionando ao conhecimento científico, consequência disso o trabalho da enfermagem foi desqualificado historicamente além de mal remunerado. A atividade da mulher ainda permanece em áreas como educação, serviços pessoais, de saúde ou de educação.

Na fala dos médicos, a formação relacionada à necessidade de ter um salário que garanta sua subsistência e da sua família, estudos demonstram a diferença salarial entre homens e mulheres. As razões que levam os homens médicos a tornarem-se médicos estão relacionadas à preocupação com aspectos financeiros, de forma muito diferente das mulheres ao escolherem a enfermagem como a opção profissional.

De que lugar falam esses sujeitos? Falamos de um "mundo" constituído por duas sociedades, a dos homens e a das mulheres, mundos diferentes, onde o entendimento sobre a vida e o trabalho parece emanar de lugares diferentes, de uma formação que não é a mesma para meninos e meninas. Os estudos de gênero evidenciam esse entendimento quando nos anos 80 discutiu-se o "Feminismo da Diferença", diferença cultural e não biológica como já foi mostrado em outro momento deste estudo. Na revista Exame<sup>41</sup> observa-se como o marketing é direcionado para os homens, de uma forma bem explícita na propaganda de carros, como se somente homens consumissem esse tipo de bem.

Parecem dizer em seus depoimentos que, preparar-se para o trabalho na ESF significa relacionar este trabalho à remuneração que é muito boa, isso pode ser um chamariz para todos os tipos de profissionais, gerando o risco de se ter nas unidades médicos despreparados e pouco envolvidos com os princípios da ESF. A medicina de família é uma especialidade, um novo campo de trabalho que deveria ser valorizado e não ser identificado como uma passagem provisória.

As questões levantadas neste estudo indicam a necessidade de analisar a possível quebra das relações de poder entre os profissionais da saúde, quando se observa na fala das enfermeiras um novo espaço de ação da enfermagem. Por outro lado, a possível disseminação do trabalho em equipe, numa tentativa de profissionais que tem trabalhado para que os princípios da ESF possam realmente ser alcançados, e que de certa forma também garantirá a

---

<sup>41</sup> Revista Exame, uma publicação da Editora Abril, Edição 917, Ano 42-nº 8 – de 07/05/2008. "Este carro tem tudo que é mais bacana, inclusive o **dono**". (p. 46 e 47) e "Reduza a velocidade em áreas escolares. Assim **os meninos** vão entender por que vale a pena estudar para ser alguém na vida" (p. 64 - 65).

maior autonomia para os usuários, resultando na maior responsabilidade pelos resultados das práticas de atenção.

Uma constatação importante para a qualidade das ações na ESF refere-se à mudança de atitude por parte do médico, que parece construir uma visão mais holística e humana, revendo paradigmas da profissão e assim buscando uma formação mais generalista e menos especializada. Apresentando comportamentos menos racionalizados, valorizando a importância do envolvimento com a comunidade. Aceitação do saber popular como capaz de contribuir para a construção do conhecimento, evidenciando a possibilidade da formação médica, ainda que sutilmente, buscar sintonia com a nova proposta democratizante da conquista da cidadania. Visando assim, o controle social no cotidiano das questões sociais, políticas bem como no novo fazer em saúde dentro do contexto democrático que propõe o SUS.

O desenvolvimento dessa investigação nos fez compreender que ainda existem contradições a serem desmistificadas como a formação médica e da enfermagem não privilegiarem o preparo profissional para atuar junto a ESF e de alguma forma reproduzirem as desigualdades de gênero.

Fica o grande desafio: refletir sobre diferentes agentes que necessitam trabalhar em equipe interdisciplinar, repaginando esta idéia, desta forma identificando a possibilidade de que os pressupostos da interdisciplinaridade no trabalho da ESF podem estar modificando a clássica hierarquia em termos de cuidar/saber e fazer. Apesar das dificuldades pontuadas é possível visualizar nos resultados a manutenção dos processos anteriores na distribuição e organização das tarefas da enfermagem e da medicina, no entanto há indícios de uma possível transformação das ações no cotidiano da equipe da ESF.

Os resultados finais dessa análise apontam à necessidade da aquisição de práticas e tecnologias para ampliar a escuta, garantir o trabalho em equipe, qualificando o vínculo e as intervenções nas relações de médicos e enfermeiras, referenciando a importância da gestão para dar suporte ao trabalho na ESF.

A implantação da ESF não garante a mudança do modelo assistencial centrada na doença, medicalizante, esta transformação depende da maneira de se produzir o cuidado, assim como está imbricada nas ações cotidianas e na maneira como os profissionais assumem as tarefas, revendo a tendência em assumirem posturas que vem reforçar a hierarquização e subordinação nas relações de trabalho.

A transformação nas relações de trabalho não acontecerá como um passe de magia. Os profissionais entrevistados reforçam a existência de hierarquias, preconceitos, dificuldades

nas relações entre gêneros, apontam em suas experiências anteriores a existência de equipes na qual também predominava o poder do nível superior sobre o nível médio, da categoria médica sobre as demais. Assim parece que repetem o modelo já vivido.

O diálogo foi indicado por alguns entrevistados como a possibilidade para a busca do consenso, como elemento facilitador que pode possibilitar o desenvolvimento do trabalho em equipe. A importância desse trabalho via equipe foi matizada por vários entrevistados, referindo-se a necessidade da escuta do outro, como caminho que abre espaço para o planejamento em conjunto e a comunicação frequente que garante criar espaços de discussão coletiva do trabalho.

Nesse contexto, identificam-se ainda desigualdades de gênero, relação de poder hierarquizada entre os profissionais, mantém-se como garantia de *status* de alguns profissionais, na tentativa de se manterem na liderança da equipe. Essa é uma sinalização fundamental dessa dissertação, no sentido de se redefinir no cotidiano das relações entre médicos e enfermeiras as responsabilidades e competências de cada um, valorizando principalmente os pontos de interseção entre eles, tentando garantir dessa maneira a necessária aproximação integral entre os sujeitos que prestam o cuidado. Nessa perspectiva, estabelecer uma estratégia para o enfrentamento das dificuldades, tendo em vista romper com a hierarquização, presente no modelo de saúde hegemônico.

Apesar das dificuldades enfrentadas para assumirem a proposta da interdisciplinaridade observa-se no depoimento de todos os entrevistados, em detrimento da forte pressão sobre a produção, demanda e normas, a preocupação em tratar os pacientes, efetivamente, como seres humanos. Indivíduos possuidores de direitos e anseios, atendendo o que prevê o MS com a humanização na assistência integral à saúde, garantindo a resolubilidade dos problemas trazidos pela população.

Os entrevistados demonstram a consciência crítica da responsabilidade diante de seu trabalho junto à comunidade. Expressam realização profissional no trabalho junto à ESF, mesmo quando se referem aos problemas em relação ao perfil das famílias que às vezes atendem. No caso das enfermeiras, estas destacam a valorização profissional expressadas pela comunidade, comentam o aumento da auto-estima, principalmente quando são capazes de realizar um trabalho de parceria junto ao médico, que parece valorizar essa possibilidade.

O estudo nos permitiu compreender que, o espaço de reconhecimento do médico torna-se cada vez mais distante daqueles que construíram a história da medicina. Reconhecimento relacionado à magia e depois à arte, hoje aponta para um novo entendimento que passa por grande tensão na medida em que não mais centraliza o atendimento em saúde

focado na figura do médico. Questiona-se atualmente a valorização da tecnologia e a capacidade sem limites da medicina de erradicar as doenças, questiona-se a dominação corporativa de alguns médicos que ainda tentam, no interior da equipe manter seu *status* de poder.

A medicina de família é uma especialidade, um espaço que a política de saúde oferece, não pode ser um trabalho provisório. E é exatamente sobre isso que falam nossos entrevistados, ou seja, sobre a necessidade da valorização desse profissional, desse espaço a ser construído. Assim, esse "novo" médico, deve trabalhar para construir parcerias, faz visitas domiciliares, realiza seu trabalho voltado para a atenção básica e de prevenção de doenças. Tudo isso em consonância com o que prevê o MS em relação à necessidade de se mudar a cultura do modelo anterior com trabalho meramente curativo; e trabalhar com a equipe para estimular a população assumir as ações de promoção da saúde.

Buscar a igualdade de gênero nas relações de trabalho na ESF, como garantia da democratização da sociedade exige uma nova postura, exige uma mudança de posições e atitudes que se relaciona diretamente com a revisão de políticas. Representa repensar a forma como organizamos e viabilizamos as práticas de atenção à saúde da população. Assim, é possível afirmar a partir dessa investigação, que os pressupostos da interdisciplinaridade no trabalho da ESF podem estar modificando a clássica hierarquia em termos de cuidar/saber e fazer.

Essa dissertação constitui-se como um espaço de reflexão no sentido de resignificar a qualidade do atendimento realizado no campo da saúde no setor público. Reconhecemos as nossas dificuldades e limitações, no entanto, consideramos que através deste estudo estamos colaborando para evidenciar a necessidade de se repensar as relações de trabalho na ESF. A dissertação responde as questões iniciais que inspiraram a investigação. Permite ao final problematizar a necessidade de preparar pessoas capazes de atuar como formadores de processos de mudança em seus espaços de trabalho, tenta desta forma contribuir para o redirecionamento das relações de gênero no bojo da equipe de saúde, tornando-se como um desafio na humanização destas relações no trabalho.



## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Márcio José de. *Ensino médico e o perfil do profissional de saúde para o século XXI*. Tema do “Painel de Debate” promovido, em agosto de 1997, pelas disciplinas de Pedagogia Médica e Didática Especial dos Cursos de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/revista4/debates1.pdf>>. Acesso em: 06 maio 2006.

ANDERSON, Gwen W.; MONSEN, Rita Black; RORTY, Mary Varney. Enfermagem e genética: uma crítica feminista rumo ao trabalho em equipes transdisciplinares. *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v. 14, n. 2, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104026X2006000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104026X2006000200006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 Set 2008.

ARAÚJO Clara, Scalon Celi (orgs.) *Gênero, família e trabalho no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

ARIÈS, Philippe. *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. *O dilema preventivista*. Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. UNICAMP Campinas, 1975.

\_\_\_\_\_. *Reforma sanitária*. Sanitarista Biblioteca Virtual Sérgio Arouca. Fiocruz.1998. Disponível em: <<http://bvsarouca.cict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em: 14 jul 2007.

\_\_\_\_\_. *O eterno guru da Reforma Sanitária*. RADIS. Comunicação em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Nº. 3, Rio de Janeiro, 2002.

ÁVILA, Maria Betânia. Cidadania, direitos humanos e direitos das mulheres, In: Bruschini, Cristina, Unbehaum, (orgs). *Gênero, Democracia e Sociedade Brasileira*, São Paulo: FCC: ED.34,2002.

BADINTER Elisabeth. *Um Amor Conquistado: o Mito do Amor Materno*. Tradução: Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARBOSA, Regina Helena Simões. *Mulheres, reprodução e AIDS: as tramas da ideologia na assistência à saúde de gestantes HIV+*. [Doutorado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. Disponível em: <[http://portalteses.cict.fiocruz.br/transf.php?script=thes\\_chap&id=00006703&lng=pt&nrm=isso](http://portalteses.cict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00006703&lng=pt&nrm=isso)>. Acesso em 17 set 2007.

BARROS, Myriam Lins de (org.) *Família e Gerações*. Rio de Janeiro: FGV Editora. 2006.

BERTONE, Arnaldo Agenor. *As idéias e as práticas: a construção do SUS*. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2002.

BEAUVOIR, Simone de. *O Segundo Sexo: Fatos e Mitos*. São Paulo: Difusão Européia do Livro. 1980.

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela Terra*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999, p. 91.

BOLTANSKY, Luc. *As classes sociais e o corpo*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

BORNSTEIN, Vera Joana STOTZ, Eduardo Navarro. *Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura* vol.13, no. 1, p.259-268. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/28.pdf> > Acesso em 23 maio 2008.

BOTOMÉ, Silvio Paulo. *Processos comportamentais básicos em metodologia da pesquisa: da delimitação do problema à coleta de dados*. In: CHRONOS. Caxias do Sul, v.30, n.1, p. 43-69, jan./jun. 1997.

BOURDIEU, Pierre. *O poder Simbólico*. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil. S.A Difel . 1989.

\_\_\_\_\_. *A dominação masculina*. Bertrand Brasil, Rio de Janeiro, 1999.

\_\_\_\_\_. *Meditações pascalianas*. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2001.

\_\_\_\_\_. O capital social – notas provisórias.1980 In: Nogueira, M. A. e A. Catani (orgs.) Pierre Bourdieu: escritos de educação. Capítulo III. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

BOWRA, C.M. *Grécia Clássica*. Trad. Pinheiro de Lemos. Biblioteca de História Universal Life. Rio de Janeiro: Livraria José Olympio Editora, 1969.

BRASIL. *Constituição Federal* - República Federativa do Brasil, 1988.

\_\_\_\_\_. *Lei nº 8.080*, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p. 018055, col. 1, 1990.

\_\_\_\_\_. *Portaria Nº 648*, de março de 2006. Disponível em: <[tp://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria\\_648\\_28\\_03\\_2006.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf)>. Acesso em: nov 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Saúde da Família*. Guia Prático do Programa Saúde da Família, na biblioteca virtual do MS. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico\\_det.php?co\\_topico=550&letra=>](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico_det.php?co_topico=550&letra=>)> Acesso em: 17 maio 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde SUS. Disponível em: [http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/sus/sus\\_quee.htm](http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/sus/sus_quee.htm)> Acesso em: 23 set 2007.

BRASÍLIA. *Relatório do Seminário Internacional: Os desafios do ensino da Atenção Básica na Graduação em Medicina*. Disponível em: <<http://www.sbmfc.org.br/News/Media/3830d790/Relat%C3%B3rio%20Semin%C3%A1rio%20Internacional%20AB%20e%20Gradua%C3%A7%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 14 dez 2007.

BRUSCHINI, Maria Cristina Uma abordagem sociológica da família. ABEP, São Paulo: REBEP, v. 6, n.1, jan/jun, p. 1-24. 1989.

\_\_\_\_\_. *Trabalho doméstico: inatividade econômica ou trabalho não-remunerado?* Rev. bras. estud. popul., São Paulo, v. 23, n. 2, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010230982006000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010230982006000200009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 Maio 2008.

BRUSCHINI, Maria Cristina; LOMBARDI, M. L. *A bipolaridade do trabalho feminino no Brasil contemporâneo*, Cadernos de Pesquisa, Julho, n. 110, pp. 67-104. 2000.

BUTLER, Judith. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

\_\_\_\_\_. *Fundamentos contingentes: o feminismo e a questão do pós-modernismo*. In: BESSA, Karla Adriana Martins (org). Cadernos Pagú. Campinas: Núcleo de estudos de Gênero/UNICAMP, v.11, p. 11- 42,1998.

BUSTAMANTE, Vania; TRAD, Leny A. Bomfim. *Cuidando da saúde de crianças pequenas no contexto familiar: um estudo etnográfico com famílias de camadas populares*. Ciência saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000500014&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000500014&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 13 Set 2007.

CANGUILHEM, Georges. *Escritos sobre la medicina*. Buenos Aires: Amorrortu, 2004.

\_\_\_\_\_. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 2002.

CARVALHO, Inaiá Maria Moreira de, ALMEIDA, Paulo Henrique de. *Família e proteção social*. São Paulo em Perspectiva, Abril 2003, vol.17, nº 2, p.109-122.

CUTAIT, Raul. Notas explicativas In: *Gestão da Mudança Organizacional*, volume 4 / Marcos Kisil; colaboração de Tânia R. G. B. Pupo. – São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. –(Série Saúde & Cidadania) Disponível em:<[http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala\\_de\\_leitura/saude\\_e\\_cida\\_e\\_cidadania/extras/notas.html](http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cida_e_cidadania/extras/notas.html)>. Acesso em: 23 ago.2005

DALCUCHE, Marise Gnatta. *A experiência de mulheres com câncer do colo do útero no sistema único de saúde: uma análise sociológica*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Sociologia, 2006.

DELEUZE, Gilles. *Ilhas desertas*. São Paulo: Iluminuras, 2006.

\_\_\_\_\_. *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

DONNANGELO M. C. F.; PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. São Paulo, Ed. Duas Cidades, 1976.

FARIA, Lina. Educadoras sanitárias e enfermeiras de saúde Pública: identidades profissionais em construção. Cad. Pagu, Jul. no. 27, 2006.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da Medicina Social. In: *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1972.

\_\_\_\_\_. *O Nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Editora Forense-Universitária, 1977.

\_\_\_\_\_. *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

\_\_\_\_\_. *Vigiar e punir*. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1999 a .

\_\_\_\_\_. *Em defesa da sociedade*. [Trad. Maria Ermantina Galvão]. São Paulo: Martins Fontes, 1999 b.

FERRI, Sonia Mara Neves; PEREIRA Maria José Bistafa; MISHIMA Silvana Martins et all. *As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família*. Interface (Botucatu) 2007. 11(23): 515-529. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832007000300009](http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300009)>. Acesso em: maio 2008.

FRANCO, Túlio; MERHY, Emerson. PSF: *Contradições e novos desafios*. Conferência Nacional de Saúde. Campinas: UNICAMP, 1999.

FREIDSON, E., 1978. *La Profesión Médica*. Barcelona: Ediciones Península. IN: RIBEIRO, José M.; SCHARAIBER, Lilia B.. *A autonomia e o trabalho em medicina*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, 1994. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X1994000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1994000200006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 Set 2007.

FREIRE, Paulo. *Educação como prática para a liberdade*. 17a Edição, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

\_\_\_\_\_. *A Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002. p.68

\_\_\_\_\_. *Política e Educação: ensaios*. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2003b.

\_\_\_\_\_. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

GABRIEL, Carla Gruzman; TEIXEIRA, Luiz Antonio. *Espaço biodescoberta: uma exposição interativa em biologia*. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59701999000300008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701999000300008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 jul 2008.

GIL, Célia Regina Rodrigues. *Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro*. Cad. Saúde Pública, jun. 2006, vol.22, no. 6, p.1171-1181. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n6/06.pdf>>. Acesso em :14 jun 2007.

GIORDANI, Rubia Carla Formighieri – *A Experiência Corporal na Anorexia Nervosa: uma abordagem sociológica*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Sociologia, 2004.

GOIDANICH, Márcia. *Saúde mental na rede pública: possibilidade de inserção psicanalítica?* 2001, vol.21, nº 4. Brasília: Psicologia, ciência e profissão p.26-33.

GROSSI, Miriam; HEILBORN, Maria Luiza.; RIAL, Carmen. Entrevista com Joan Wallach Scott. In: *Revista Estudos Feministas*. Rio de Janeiro: IFCS/UFRJ, v. 6, n. 1, p. 114 –124, 1998.

KUHN, Thomas S. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1994.

HIRATA, Helena. *Divisão sexual do trabalho: o estado das artes*, pp. 273-289. In H Hirata, Nova divisão sexual do trabalho? Um olhar voltado para a empresa e a sociedade. Coleção Mundo do Trabalho. São Paulo: Boitempo Editorial, 2002.

\_\_\_\_\_. *Flexibilidade, Trabalho e Gênero*. GEDISST/CNRS, Santiago, 1999, (Mímeo).

\_\_\_\_\_. *Tecnologia, formação profissional e relações de gênero no trabalho*. Revista Educação & Tecnologia. V. 6 – n. 1.p. 144- 146. Curitiba: CEFET-PR.

HIRATA, Helena; Daniele, KERGOAT. *Novas Configurações da Divisão Sexual do Trabalho*. Cadernos de Pesquisa, v. 37, n. 132, p. 595-609, set./dez. 2007.

JAPIASSU, Hilton. *Nem Tudo é Relativo*. A Questão da Verdade — São Paulo: Editora Letras & Letras, 2000.

JUNQUEIRA, Maria de Fátima Pinheiro da Silva. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Ciência saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000300036&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300036&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 Set 2007.

KARSCH, Ursula M. *Idosos dependentes: famílias e cuidadores*. Cad. Saúde Pública v.19 n.3 Rio de Janeiro jun. 2003.

KERGOAT, Daniele. Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho. In: LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. (Orgs). *Gênero e Saúde*. Porto Alegre: Edit. Artes Médicas, 1996.

LAQUER, Thomas. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001.

LAMARÃO, Sérgio Tadeu de Niemeyer. *Dos trapiches ao Porto: Um estudo sobre a área portuária do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, 1991.

LEFÈVRE Fernando. *Promoção de saúde: elementos para reflexão*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2000.

LEITE, Silvia Meirelles. *O conceito de infância da turma da Mônica* - estudo de caso da seção "diversão" do site da turma da Mônica. INTERCOM – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. XXIV Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – Campo Grande – MS, 2001.

LOBO, Elizabeth Souza. O trabalho como linguagem: o gênero do trabalho, In: uma questão de gênero, (org) Albertina de Oliveira Costa e Cristina Bruschini, Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, Fundação Carlos Chagas, 1992.

LOURO, Guacira Lopes. Gênero, sexualidade e poder. In: LOURO, G. L. *Gênero, sexualidade e educação*. Petrópolis: Vozes, 1997.

\_\_\_\_\_. Epistemologia feminista e teorização social desafios, subversões e alianças. In: ADELMAN, Miriam; SILVESTRIN, Celsi Brönstrup. (Orgs). *Coletânea Gênero Plural*. Curitiba: Editora UFPR, 2002. mariano

\_\_\_\_\_. Segredos e Mentiras do currículo. Sexualidade e gênero nas práticas escolares. In: Luiz Heron Silva (org.) *A escola cidadã no contexto da globalização*. Petrópolis: Vozes, 1998.

MACHADO, Maria Helena. Médicos, *Organizações de Saúde e Ética*. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, v.24, nº 1, jan./abr. 2000. Disponível em: <[http://www.abemeducmed.org.br/rbem/pdf/volume\\_24\\_1/medicos\\_organizacoespdf](http://www.abemeducmed.org.br/rbem/pdf/volume_24_1/medicos_organizacoespdf)>. Acesso em: 04 set 2007.

MAIA, M.; OSORIO, C.. Trabalho em saúde em tempos de biopoder. Arquivos Brasileiros de Psicologia, América do Norte, 5620 04 2006.

MARIANO, Silvana Aparecida. *O sujeito do feminismo e o pós-estruturalismo*. Rev. Estud. Fem., Florianópolis, v. 13, n. 3, 2005. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2005000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2005000300002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 ago 2007.

MARTINS, Ana Paula Vosne. *A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX*. Rev. Estud. Fem., Set./Dec. 2005, vol.13, no.3. Disponível em : <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v13n3/a11v13n3.pdf>>. Acesso em 27 set 2007.

MATTOS, Paulo César de Almeida et al. *Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde- I*. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Saúde Escolar, 2006.

MELO, Hildete Pereira de; CONSIDERA, Cláudio Monteiro; DI SABBATO, Alberto. *Os afazeres domésticos contam*. Universidade Federal Fluminense. 2005

MENDES, Eugenio Vilaça. *As Políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto liberal*. In: MENDES, E. V. (Org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999.

MENECUCCI, Eleonora. *A mulher a sexualidade e o trabalho*. São Paulo: Hucitec, 1999.

MERHY, Emerson. O SUS e um dos seus Dilemas: Mudar a Gestão e a Lógica do Processo de Trabalho em Saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo), CEBES. Rio de Janeiro. 1995.

\_\_\_\_\_. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997.

\_\_\_\_\_. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte - reescrevendo o público*; XAMÃ VM ED.; Belo Horizonte, 1998.

\_\_\_\_\_. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/ ABRASCO, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, SUELY FERREIRA. Org. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. (Coleção Criança Mulher e Saúde).

MINAYO-GOMEZ, Carlos, THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. *A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas*. Cadernos de saúde pública. Vol.13 (supl. 2). Fundação Osvaldo Cruz – Fiocruz // Escola Nacional de Saúde Pública-ENSP. Rio de Janeiro. 1997.

MILLS, C. Wright. *A imaginação sociológica*. Tradução de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Zahar, 1965.

MOLIANI, Maria Marce. *Especialização e Compartimentalização de Saberes: Efeitos sobre a Produção de Cuidados e Administração em Saúde*. Rev. FAE, Curitiba, v.3, n.2, p.61-74, maio/ago., 2000.

MOREIRA, Martha Cristina Nunes. *Imagens no espelho de Vênus: mulher, enfermagem e modernidade*. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 7, n. 1, 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11691999000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691999000100008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 Set 2007.

MOTT, Maria Lucia. *Gênero, medicina e filantropia: Maria Rennotte e as mulheres na construção da nação*. Cad. Pagu, Jan./Jun. nº 24, 2005.

\_\_\_\_\_. *Reverendo a história da enfermagem em São Paulo (1890-1920)*. Cadernos Pagu (15) - Gênero, Ciências, História -, Núcleo de Estudos de Gênero – Pagu/Unicamp, 1999.

NARVAZ, Martha Giudice; KOLLER, Sílvia Helena. *Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa*. Psicologia & Sociedade, Porto Alegre, v. 18, n. 1, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010271822006000](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822006000)>

100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Set 2007.

NOGUEIRA, Claudia Mazei. *A feminização do mundo do trabalho: entre a emancipação e a precarização*. Campinas, SP: Autores Associados, 2004.

OLIVEIRA, Elaine Machado de; SPIRI, Wilza Carla. *Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional*. Rev. Saúde Pública, v. 40, n. 4. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102006000500025&lng=e&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102006000500025&lng=e&nrm=iso)>. Acesso em: jul 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. *Alma Ata 1978*. Cuidados Primários de Saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Brasília: OMS/UNICEF, 1979.

PAIM, Jairnilson Silva. Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás. Cad. Saúde Pública, abr./jun. v. 2, n. 2, p.167-183,1986.

\_\_\_\_\_. *A crise na saúde pública e utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2000.

PASTORE, Elenice; ROSA, Luisa Dalla. *A presença da mulher nos cuidados em saúde*. Seminário Internacional Fazendo Gênero 7: Gênero e Preconceitos Florianópolis, 2006. Disponível em: <[http://www.fazendogenero7.ufsc.br/artigos/D/Dalla\\_Rosa-Pastore\\_27.pdf](http://www.fazendogenero7.ufsc.br/artigos/D/Dalla_Rosa-Pastore_27.pdf)>. Acesso em: 18 maio 2007.

PEDROSA, José Ivo dos Santos. *Consenso e diferenças em equipes do Programa de Saúde da Família*. Revista de Saúde Pública, v. 3, p. 303-311, 2001.

\_\_\_\_\_. *Atenção Básica e o controle social em saúde: um diálogo possível e necessário*. Revista Brasileira Saúde da Família. – Ano VIII. Edição Especial (Nov.2007). Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

PELLIANO, Maria. Programa de Saúde da Família. In: *Seminário de experiências internacionais em saúde da família*. Brasília, DF. (Relatório Final. Brasília, DF), 1999.

PEREIRA, Maria José Bistafa, MISHIMA, Silvana Martins, FORTUNA, Cinira Magali *et al*. *Assistência domiciliar produzindo subjetividades e possibilidades de (re) criação do trabalho em saúde*. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, 2002. Disponível em: <[http://www.proceedings.scielo.br/s.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC000000005200200010042&lng=en&nrm=abn](http://www.proceedings.scielo.br/s.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000005200200010042&lng=en&nrm=abn)>. Acesso: 30 Maio 2008.

PERROT, Michelle e DUBY, Georges. Escrever a História das Mulheres In \_\_\_\_\_, DUBY, Georges, org. *História das Mulheres: A Antigüidade*. Vol. 1. Porto: Afrontamento, 1990.

PETERLINI, OLGA LAURA GIRALDI. *Cuidado gerencial e gerência do cuidado na interface da utilização do sistema de informação em saúde pelo enfermeiro*. Dissertação (Mestrado) – Setor de Ciências da Saúde – Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2004.

RAGO, Elisabeth, Juliska. A ruptura do mundo masculino da medicina: médicas brasileiras no século XIX. In: *Cadernos Pagú*, n.15, 2000.



\_\_\_\_\_. Libertar a História. In: \_\_\_\_\_ ORLANDI, L. B. L.; VEIGA-NETO, A. (orgs.). *Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas*. 2002. Rio de Janeiro, DP&A, 2002.p. 255-272.

RAMOS, Elza. *As negociações no espaço doméstico: construir a ‘boa distância’ entre pais e jovens adultos ‘coabitantes’*. IN: BARROS, Myriam Lins de (org.) *Família e Gerações*. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2006.

REGEN, Mina. *A instituição família e sua relação com a deficiência*. Revista Centro de Educação. Nº 27. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2005.

RENNOTTE, M. *A eficiência das escolas na manutenção dos hospitais infantis*. Anais Primeiro Congresso de Proteção à Infância. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1925, pp.500-504. In: MOTT, Maria Lucia. *Gênero, medicina e filantropia: Maria Rennotte e as mulheres na construção da nação*. Cad. Pagu, Jan./Jun. 2005, no. 24, p.41-67.

REZENDE, Daniela. *Nem Eva, nem Maria*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Sociologia, 2008.

RODRIGUES, Máisa Paulino, ARAÚJO, Mariza Sandra de Souza. O fazer em saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Disponível em: <<http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/polo.php>>. Acesso em: 28 agos 2008.

RODHEN, Fabíola. *A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

\_\_\_\_\_. *A construção da diferença sexual na medicina*. Cad. Saúde Pública, vol.19 supl. 2.2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2v19s2.pdf> >. Acesso em: 27 set 2007.

ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Unesp/Hucitec, 1994.

ROUSSEAU, Jean Jacques. *Emílio ou da educação*. Tradução por Sérgio Milliet. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

SACKS, Karen. “*Engels revisitado: a mulher, a organização da produção e a propriedade privada*”. In: ROSALDO, Michelle Zimbalist; Lamphere, Louise (Org.). *A mulher, a cultura e a sociedade*. Tradução Cila Ankier e Rachel Gorentein. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

SAFFIOTI, H., *Gênero e Patriarcado*. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1999.

SAMPAIO, Darli de Fátima. *Relações de gênero na indústria automotiva. A problemática da divisão sexual do trabalho e da visão essencializada da mulher. Um estudo de caso*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Curitiba, 2007. Disponível em: <<http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/1884/11567/1/disserta%20c3%87%20c3%83o%20final%20de%20mestrado%20darli%20de%20fatima%20sampaio.pdf>>. Acesso em 14 jun 2008.

SARMENTO, Manuel. O estudo de caso etnográfico em educação. In: ZAGO, Nadir; CARVALHO, Marília; TEIXEIRA, Rita A. (Org.). *Itinerários de pesquisa: perspectivas qualitativas em sociologia da educação*. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

SARTI, Cyntia. *Família e individualidade: um problema moderno*. Texto preparado para mesa redonda “Perspectivas de análise teórica da família”, no Seminário A família contemporânea em debate. Instituto de Estudos Especiais da PUC de São Paulo. São Paulo, 1993.

\_\_\_\_\_. *A Família como Espelho: Um Estudo sobre a Moral dos Pobres*. Campinas: Editora Autores Associados, 1996.

SCOTT, Joan Wallach. *Gênero: uma categoria de análise histórica*. Educação e Realidade. Porto Alegre, 16 (2): 5–22 jul./dez.1990.

\_\_\_\_\_. *Prefácio*. A Gender and politics of History. Cadernos Pagu: dossiê desencontros, desamores e diferenças. 3, 1994.

\_\_\_\_\_. Entrevista com Joan Wallach Scott - entrevista a Miriam Grossi, Maria Luiza Heilborn e Carmem Rial. Estudos Feministas. Florianópolis, ano 6, n. 1, p. 114-124, 1998.

\_\_\_\_\_. A mulher trabalhadora. In: *História das Mulheres, Século XIX*, (Org.) Georges Duby e Michelle Perrot, São Paulo: Edições Afrontamento, Ebradil, vol.3, 1994. p. 443 – 475.

SHIMAZAKI, Maria Emi. Acolhimento Solidário: a saúde de braços abertos. In: Ducci L, Simão MG, Pedotti MA, Moysés SJ, organizadores. *Curitiba: a saúde de braços*. 1 ed. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, 2001.

SILVA, Anamaria. C. *O impacto do Programa de Saúde da Família no município de Sobral – Ceará: uma análise da evolução da saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002*. Tese (doutorado)-Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: 2003.

SILVA, Gisela. *Enfermagem profissional: análise crítica*. São Paulo: Cortez, 1986.

SOARES, Cristiane; SABÓIA, Ana Lúcia. *Tempo, trabalho e afazeres domésticos: um estudo com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2001 e 2005 / - Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2007*. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/tempo\\_trabalho\\_afdom\\_pnad2001\\_2005.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/tempo_trabalho_afdom_pnad2001_2005.pdf)> Acesso em: 30 maio 2008.

SOUZA-LOBO, Elizabeth. O trabalho como linguagem: o gênero do trabalho. In: COSTA, Albertina de Oliveira; BRUSCHINI, Cristina (Orgs.). *Uma questão de gênero*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992. p. 252-265.

STARFIELD, Bárbara. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TAMANINI, Marlene. Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: o paradoxo da vida e da morte. Revista Tecnologia e Sociedade, CEFET/PR, 2006.

TRONTO, Joan C. Mulheres e Cuidados: O que as feministas podem aprender sobre a moralidade a partir disso? In BORDO, S. R., JAGGAR, A. M. *Gênero, Corpo, Conhecimento*. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos. 1997. p.186 – 203.

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE – A**

### **ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS MÉDICOS**

#### **Sobre o perfil dos entrevistados**

1. Qual a sua idade?
2. Há quanto tempo concluiu a graduação?
3. Fez alguma especialização? Qual?

#### **Sobre a formação e experiência profissional**

1. Que caminhos te conduziram ao trabalho como médico na Unidade de Saúde, ou seja, ao trabalho junto à equipe da Estratégia de Saúde da Família?
2. Qual é a sua experiência anterior na medicina? Qual era a sua área de atuação?
3. Como se constituiu em médico de família?

#### **Sobre gênero, poder cuidado e interdisciplinaridade.**

1. Como identifica o discurso sobre o médico não saber trabalhar em equipe?
2. Comente sobre o campo da medicina, o saber médico legitimado pela sociedade.
3. E o Saúde da família, o que propõe nesse contexto onde a medicina atua?
4. Como são realizadas as suas tarefas no cotidiano?
5. Como é trabalhar no Saúde da Família?
6. Quais são as exigências para ser um médico do saúde da família?
7. Sua opinião mudou a respeito do SF desde que começou a trabalhar nesse espaço? Percebe algum tipo de mudança na forma de ver o trabalho no SF?
8. Sente a necessidade de alguma equipe especial para desenvolver a ESF?
9. Como analisa a relação de trabalho entre os profissionais em relação à proposta do SF?
10. Como se sente, qual é a sua posição frente às atividades na equipe?
11. É confortável trabalhar, discutir avaliar as questões de saúde do paciente com colegas de trabalho?
12. Comente uma situação difícil na sua vida profissional:
13. Como a comunidade aceita, resignifica a condição do médico?

**APÊNDICE - B**  
**ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM AS ENFERMEIRAS**  
**Sobre o perfil das entrevistadas**

1. Qual a sua idade?
2. Há quanto tempo concluiu a graduação?
3. Fez alguma especialização? Qual?

**Sobre a formação e experiência profissional**

1. Que caminhos te conduziram ao trabalho com a saúde?
2. Que cursos precisou realizar para trabalhar na equipe de saúde? Como foi a sua contratação, através de concurso?
3. Como se constituiu em uma profissional da saúde?
4. Como identifica o discurso sobre o médico não saber trabalhar em equipe?

**Sobre gênero, poder cuidado e interdisciplinaridade**

1. Comente sobre o campo da medicina, o saber médico legitimado pela sociedade interfere na atuação da enfermagem?
2. Como são realizadas as suas tarefas no cotidiano?
3. Como é trabalhar em equipe?
4. Sente a necessidade de alguma equipe especial para desenvolver o trabalho em parceria?
5. Como analisa a relação de trabalho entre os profissionais numa equipe de saúde?
6. Como enfermeira como você se vê? Qual é o papel da enfermeira em relação à saúde?
7. Se você pudesse me falar sobre as características da profissão o q você me diria sobre ela?
8. Como se sente, qual é a sua posição frente às atividades previstas para a equipe?
9. É confortável trabalhar, discutir avaliar as questões de saúde do paciente com colegas de trabalho, ou seja, em equipe?
10. Comente uma situação difícil na sua vida profissional:
11. Como a comunidade aceita, resignifica a condição da enfermagem?

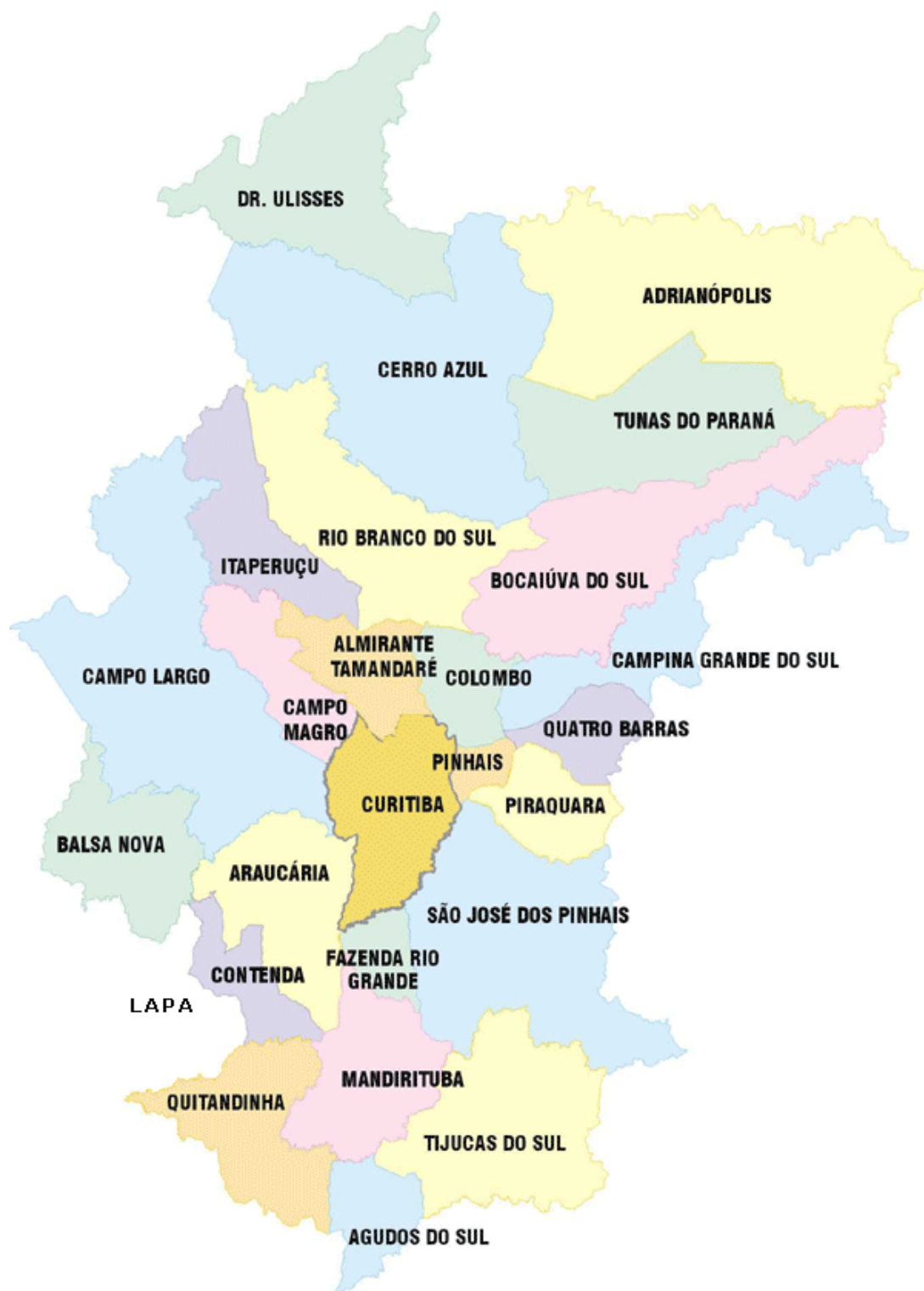
**ANEXOS**

ANEXO A - REGIÃO DE ESTUDO CURITIBA E REGIÃO METROPOLITANA

ANEXO B - LISTA DE ESPECIALIDADES COM QUANTIDADE DE MÉDICOS (SOMENTE MÉDICOS ATIVOS) PARANÁ.

ANEXO C - SALÁRIOS MÉDIOS, MÉDIA DE HORAS SEMANAIS CONTRATADAS, MÉDIA SALARIAL POR HORA E ÍNDICE SALARIAL POR OCUPAÇÕES DE SAÚDE



**ANEXO A - REGIÃO DE ESTUDO – CURITIBA E REGIÃO METROPOLITANA.**

FONTE: Wikipédia, 2008. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Imagem:maparegiaometropolitana.svg>> Acesso em: 17 maio 2008.

## ANEXO B

SALÁRIOS MÉDIOS, MÉDIA DE HORAS SEMANAIS CONTRATADAS, MÉDIA SALARIAL POR HORA E ÍNDICE SALARIAL POR OCUPAÇÕES DE SAÚDE (REGIME CLT) – JANEIRO A DEZEMBRO DE 2005 – PARANÁ.

Ocupação	Salário Médio (1)	Média de Horas Semanais Contratadas	Média Salarial por Hora de Trabalho	Índice Salarial (Salário por hora do Médico =100)
Médicos	R\$ 2.841,77	30,31	R\$ 23,44	100
Enfermeiros	R\$ 1.338,16	38,71	R\$ 8,64	37

Fonte: UFMG /NESCON – Sinais de Mercado de Trabalho, elaborada a partir dos dados do CAGED/MT, 2005.