



(RE) SIGNIFICANDO O “SER MULHER”- DISCUTINDO GÊNERO EM SAÚDE

Eliana Barbosa Pereira

INTRODUÇÃO

No Brasil, entre as décadas de 30 e 70 do século passado, ao se pensar na saúde da mulher, a saúde pública tinha um olhar restrito sobre suas especificidades biológicas e no papel social materno e doméstico, limitando suas ações em saúde em programas materno-infantis. A partir da década de 70, o movimento feminista brasileiro passa a exercer forte atuação no campo da saúde, e abre a discussão de gênero na agenda política nacional.

Em 1984, o Ministério da Saúde elabora o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que incorpora como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, e da integralidade e equidade da atenção. Paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se articulava as diretrizes e bases conceituais que embasariam a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). O novo programa para saúde da mulher propunha ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, assim como outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984, 2004). No fim da década de 90 do século XX, a saúde da mulher passa a ser considerada uma prioridade de governo.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda, são determinantes na situação de saúde da população. A saúde e a doença estão intimamente relacionadas e constituem um processo cuja resultante está determinada pela atuação de fatores sociais, econômicos, culturais e históricos. Isso implica em afirmar que o perfil de saúde e doença varia no tempo e no espaço, de acordo com o grau de desenvolvimento econômico, social e humano de cada região (LAURELL, 1982, apud BRASIL, 2004).

A *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher- Princípios e Diretrizes* (BRASIL, 2004) aponta que, ao se discutir a saúde da mulher, observa-se que os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com



o trabalho doméstico. Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos. O documento afirma que as questões de gênero devem ser consideradas como um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas.

O documento define gênero como uma construção social e histórica, de acordo com o conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes, que acabam por definir o que significa ser homem e o que significa ser mulher.

[Gênero] É construído e alimentado com base em símbolos, normas e instituições que definem modelos de masculinidade e feminilidade e padrões de comportamento aceitáveis ou não para homens e mulheres. O gênero delimita campos de atuação para cada sexo, dá suporte à elaboração de leis e suas formas de aplicação. Também está incluída no gênero a subjetividade de cada sujeito, sendo única sua forma de reagir ao que lhe é oferecido em sociedade. O gênero é uma construção social sobreposta a um corpo sexuado. É uma forma primeira de significação de poder (SCOTT, 1989, Apud BRASIL, 2004, p. 12).

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), o perfil epidemiológico da população feminina apresenta diferenças relevantes entre as regiões do país, devido à heterogeneidade que caracteriza o País, às condições socioeconômicas e culturais, e ao acesso às ações e serviços de saúde. O percentual sobre mortalidade é uma ferramenta importante para a análise das condições de saúde das populações.

Tendo em vista que determinados problemas afetam de maneira distinta homens e mulheres, percebe-se esta diferença de maneira marcante no caso da violência: enquanto a mortalidade por violência afeta os homens em grandes proporções, a morbidade, especialmente provocada pela violência doméstica e sexual, atinge prioritariamente a população feminina.

Através da vivência como residente de Psicologia em uma Unidade Básica de Saúde, observa-se que a maior demanda no serviço é de mulheres, sobretudo em idade reprodutiva, cujas queixas giram em torno das questões de gênero: violência doméstica e sexual, recasamento, eclodindo conflitos entre os filhos do primeiro casamento e o pai do segundo casamento, educação dos filhos, dupla jornada de trabalho, dentre outros. Diante desse cenário, as contribuições teóricas da Psicologia Social, da Abordagem Sistêmica, aliada aos documentos do Ministério da Saúde que embasam a Saúde da Mulher, e aos discursos das mulheres usuárias do serviço de saúde pública busca-se discutir as questões de gênero observadas no trabalho em saúde pública a partir do discurso de mulheres usuárias do serviço na atenção primária.

“SER MULHER”: A RECONSTRUÇÃO DO SIGNIFICADO



Macedo (2009) aponta que a partir do movimento feminista na década de 70 do século passado, começa-se a se questionar as implicações que colocam, culturalmente na sociedade ocidental, qual o “lugar” de homens e mulheres.

A autora sugere que as diferenças de sexo transformadas em desigualdade é consequência das mudanças socioculturais, portanto, gênero é um conceito de sexo social. Segundo Scott (1990, Apud MACEDO, 2009)

Gênero é uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado. O gênero é um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos (...), é um primeiro modo de dar significado às relações de poder. (p.60)

O conceito de que a mulher possui um ciclo vital que extrapola aos papéis de mãe e esposa é relativamente recente e pouco aceito culturalmente. De acordo com Carter & Mcgoldrik (1995, p.30), atribui-se à mulher o papel de cuidadora dos homens, das crianças e/ou idosos. “Elas passavam de filhas a esposas, a mães, com seus *status* definido pelo homem no relacionamento, e seu papel por sua posição no ciclo de vida familiar.”

A discussão de gênero introduz o questionamento social da diferença entre homem e mulher, e, conseqüentemente, os processos de formação ou construção histórica, lingüística e social, instituídas na formação de ambos. E “contextualizar significa escutar a respeito do outro sobre o mundo social do qual faz parte. É adentrar no espaço alheio, confrontar-se com seu ponto de vista.” (MACEDO, 2009, p.59)

Grandesso (2000), ao discutir a construção social do significado, indaga o seguinte questionamento: “[...] como é que os significados comuns podem ser incorporados pelos indivíduos meramente pela sua participação em um contexto relacional?” (p. 159).

Tal questionamento faz ressoar a idéia de *significação individual*, que remete à simbolização interna por meio da representação mental do mundo externo, em que um eu fenomênico, através de sua autoria intencional, atribui significado à experiência e a transmite por meio da linguagem, transmitindo uma idéia de passividade dos indivíduos dentro de tais contextos de construção.

Em contrapartida, ao se pensar sob uma visão construtivista em relação à construção do significado, postula-se um caráter pró- ativo de toda construção da experiência. O significado passa a ter um sentido de busca de organização e sentido para o viver, a partir e relacionado com o lugar da experiência em que se encontram.

O indivíduo enquanto detentor dos conteúdos de sua consciência, enquanto autor dos seus pensamentos, enquanto personalidade responsável por seus pensamentos e por seus desejos, apresenta-se como um fenômeno puramente sócio- ideológico... o conteúdo do psiquismo “individual” é... tão social quanto a ideologia e... a própria etapa em que o indivíduo se conscientiza de sua individualidade e dos direitos que lhe pertencem é ideológica, histórica, e internamente condicionada por fatores sociológicos. (BAKHTIN, 1997, Apud



GRANDESSO, 2000, p.159)

A autora ressalta que independente da tradição teórica, falar em significado implica falar em linguagem. É através da mesma que interpretamos a nós mesmos e o mundo à volta. À medida que os seres humanos são considerados seres lingüísticos, a linguagem pode ser associada à própria constituição do humano.

Bakhtin (1994) entende a linguagem como prática social (SPINK, 1999), já que a pessoa não existe isoladamente, e a produção dos sentidos se dá quando duas ou mais vozes se encontram. A prática discursiva se constitui na linguagem em ação, ou seja, é o mecanismo pelo qual as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas.

Através da linguagem pode-se compreender os discursos emanados de diversas esferas do saber, o que caracteriza a expressão *análise do discurso*. Citando Potter e colaboradores, Spink (1999) afirma que a análise do discurso engloba três temáticas: a função, ou seja, o discurso tomado como ação; a construção, que diz respeito ao uso dos recursos lingüísticos preexistentes (os repertórios interpretativos); e a variação, que é concebida como consequência da função e da construção.

Grandesso (2000) afirma que o enfoque construcionista social entende o conhecimento como construído no processo de intercâmbio social, expressando-se na linguagem e no diálogo. Portanto, o conhecimento de si e do mundo externo desenvolve-se nos espaços interpessoais dos contextos compartilhados na linguagem e na cultura.

De acordo com o posicionamento da autora, uma psicologia que prioriza o indivíduo e o social complementarmente e mutuamente constitutivos, deve orientar-se para o fenômeno da pessoa humana, dilatando e flexibilizando suas fronteiras, estruturando-se a partir de uma epistemologia complexa.

Tendo em vista que o construcionismo social busca identificar os processos em que as pessoas descrevem, explicam e/ou compreendem o mundo em que vivem, busca-se compreender as ações e práticas sociais, assim como os sistemas de significação que dão sentido ao mundo.

MÉTODO

O presente artigo, de cunho qualitativo, busca, a partir das narrativas das mulheres de uma comunidade localizada no Paraná, Brasil, (re) significar o “ser mulher” e discutir as questões de gênero em saúde, a partir do atendimento clínico, realizado por uma residente de psicologia da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Londrina, sob o



respaldo da abordagem da psicoterapia breve.

Grandesso (2000, p.237) entende a terapia como uma prática social, estruturada a partir da *conversaçoão terapêutica*, que consiste em um tipo de discurso em torno “[...] dos dilemas que as pessoas vivem, tendo como propósito a criação de um contexto facilitador, para a construção de novos significados edificados em novas narrativas, ampliando o seu sentido de autoria e suas possibilidades existenciais”, favorecendo um fim transformador. Enquanto prática social, a terapia estrutura-se a partir de pessoas em relação, esta se dá através e por meio da linguagem; caracterizando-se como uma prática conversacional, objetivando efeito transformador, tanto do cliente quanto do terapeuta, caracterizando um tipo de conversaçoão dialógica. Esta espécie de investigaçoão compartilhada, em que cada participante coordena sua açãõ de acordo com a resposta de outros, “[...] compreende tanto as conversaçoões externas entre os participantes, como as conversaçoões internas dentro de cada participante, e seu resultado, na terapia, é a possibilidade de expressãõ do ainda não- dito.” (ANDERSON & GOOLISHIAM, 1988 a; ANDERSON, 1997; Apud GRANDESSO, 2000, p.241)

As entrevistadas sãõ três mulheres, usuárias de uma Unidade Básica de Saúde localizado em um bairro periférico da no interior do estado do Paraná e que passaram por atendimento psicológico no período apresentado. Essas mulheres sãõ casadas e informaram que sãõ ou foram vítimas de violênciã doméstica por parte dos companheiros. Percebendo-se a relevância do momento do ciclo de vida familiar que experenciam no processo de compreensãõ de seus discursos, já que o ciclo de vida individual acontece dentro do ciclo de vida familiar, foram realizadas análises de acordo com o ciclo de vida familiar de cada uma das mulheres, cujas histórias foram utilizadas na pesquisa.

Para subsidiar a análise utilizamos o referencial teórico da análise do discurso, que, de acordo com Spink (1999), é uma prática social, dialógica, que implica a linguagem em uso. A produçoão de sentidos se dá através de um fenômeno sociolinguístico, já que o uso da linguagem sustenta as práticas sociais geradoras de sentido, e objetiva entender as práticas discursivas do cotidiano (narrativas, argumentações e conversas, por exemplo), e os repertórios utilizados nessas produçoões discursivas.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Tendo em vista que, segundo Queiroz (1988, Apud Heloani & Capitãõ, 2007), através da técnica da “história de vida” abrange-se a existênciã individual narrada pelo próprio protagonista,



possibilitando a reconstrução dos acontecimentos da vivência, assim como da percepção, pessoal na vivência de tais acontecimentos, buscou-se a partir da história de vida de três mulheres usuárias de uma Unidade Básica de Saúde (re) significar o “ser mulher” e discutir as questões de gênero em saúde.

Segundo Carter & McGoldrick (2007), o casamento possui uma representação diferente para homens e mulheres. Enquanto as mulheres tendem a se aproximar mais da família de origem, o homem tende a se afastar mais. As autoras afirmam ainda, que durante a fase do namoro os homens tendem a passar mais tempo com as mulheres, visando aumentar a intimidade com as mesmas; já, na fase do casamento, tendem a passar menos tempo conversando com elas.

Caso 1

A., 17 anos, é casada há quatro anos, conheceu o marido em um acampamento do MST¹, e atualmente o casal mora com os pais de A. Esta reclama de solidão, já que o marido quase não fica com ela, joga bola e frequenta bares com os amigos quase todos os dias, deixando-a sozinha em casa. Ele não a leva para sair, pois, e se justifica dizendo que sente vergonha dela, pois ela é “grosseira” e “sem educação”. Quando brigam, o marido a agride fisicamente. Ele diz que ela é feia, que ninguém gosta dela e que ninguém mais a irá querer. Ela buscou atendimento na Unidade de Saúde por insistência de sua família. Chegou com a queixa de ser muito nervosa e “ruim” para as pessoas. A. acredita que se fosse mãe seria feliz, pois teria alguém que precisaria dela. Ela engravidou quando tinha 14 anos, mas sofreu aborto espontâneo, desde então não consegue engravidar. Apesar de querer ser mãe, ela não tem paciência em cuidar dos sobrinhos quando os irmãos pedem, disse que porque não são seus filhos, se fossem teria paciência. A. não tem amigos, e não se relaciona bem com os irmãos, diz não gostar de suas cunhadas. Sua única amiga é sua mãe. Acredita que o marido irá mudar seu comportamento, espera que ele comece a sair com ela, e que não a agrida mais.

A. buscou atendimento algumas vezes em que foi agredida pelo marido, mas não aderiu à terapia nem a outro serviço de Apoio à Mulher².

Carter & McGoldrick (2007) aponta que com a transição para a paternidade a família se torna um sistema permanente, já que mesmo com a separação do casal, o sistema sobrevive.

Avis (1985, Apud Carter & McGoldrick, 2007) afirma que a família tradicional atribuía à mãe a responsabilidade principal da criação dos filhos, e aos pais uma sub- responsabilidade ou

¹ Movimento dos Sem Terra.

² O município possui tanto a Delegacia da Mulher, quanto o Programa Rosa Viva, que prestam apoio à mulher vítima de Violência.



desobrigação.

Segundo as autoras, a transição à paternidade é marcada pela diminuição na satisfação conjugal, por uma reversão a papéis sexuais mais tradicionais, e por uma diminuição na auto-estima das mulheres.

Caso 2

S., 25 anos, procurou atendimento psicológico porque acredita estar em depressão, pois chora muito e relata que está muito triste. Casada há 13 anos, tem três filhos. Aponta que nas gestações engordou muito, então, na época, seu marido perdeu o interesse sexual por ela. Dormiam em quartos separados, ele a traía sempre, e nunca escondeu isso. S disse que na época estava feia e gorda, o marido e suas amigas riam dela por estar tão gorda. Chegou a traí-la com sua melhor amiga. S. diz que “homem é assim mesmo”, e entendia o motivo pelo qual ele não sentia mais interesse por ela. Anos depois, S. Fez uma dieta e emagreceu bastante. O marido voltou a “procurá-la”, e apesar de não querer ter relação com o marido, “cede” às suas investidas, pois para ela é seu dever como esposa. Relata ter nojo, e sempre chorar durante o ato sexual. Passa horas no banho para se “limpar” dele, e limpa a casa compulsivamente. A última vez que beijou o marido teve ânsia e vomitou. O marido, que é muito ciumento, a chama de “vagabunda” e “biscate”. Ela diz que não se separa do marido, pois tem medo que seus filhos sofram com a separação e comecem a usar drogas. Ela não se imagina se relacionando com outro homem, diz que depois dele, não quer ter mais ninguém. S. só compareceu em um atendimento, pois seu marido não a deixa ir.

Carter & McGoldrick (1995) afirmam que enquanto para algumas pessoas o momento em que os filhos saem de casa significa um momento de realização, conclusão e uma segunda oportunidade de consolidação e expansão para novos papéis, por outro lado, outras entendem este estágio como um momento de transição ao rompimento, a um sentimento de perda (síndrome do ninho vazio) e desintegração geral (doença e morte).

Caso 3

M., 52 anos, é alcoolista, foi encaminhada para atendimento psicológico pela equipe de PSF. Chorou durante toda a sessão, disse que tinha um segredo que a fazia sofrer muito. Foi mãe muito jovem, aos 17 anos. Era apaixonada pelo pai de sua filha, que segundo ela “não valia nada”. Com ele aprendeu a beber e a usar outras drogas. Na época, tinha outro rapaz que era apaixonado por ela, e por pressão da família, deixou o pai de sua filha e foi morar com esse outro rapaz em São Paulo. Lá sofreu muito, além de bater muito em M., ele abusava sexualmente de sua



filha. Tinha muito medo, por isso nunca contou nada a ninguém. Quando adolescente, a filha saiu de casa, M. Voltou para o Paraná e casou-se novamente. Perdeu o contato com a filha, disse não se perdoar por nunca ter feito nada para evitar as agressões sexuais que sua filha sofreu. Diz não ter conseguido ser uma boa mãe, por não ter protegido sua filha. No entanto, tinha medo de se separar, tinha medo de contar para as pessoas o que estava acontecendo, pois também se sentia culpada. Para se sentir melhor quando lembra de seu passado, M. escreve tudo o que está sentindo em um caderno, depois rasga e joga fora. Em seguida bebe. Depois desse dia, M. não atendeu mais as visitas domiciliares, e não compareceu mais nos atendimentos.

Segundo Spink (1999), as práticas discursivas são permeadas pelo uso de repertórios e posicionamentos identitários, em que

o sentido é uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas- na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas- constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta. (p.41).

A partir da colocação da autora, e dos discursos relatados, tem-se subsídios para apreender a produção de sentidos no cotidiano, já que é a partir das práticas discursivas que busca-se entender as histórias por meio dos quais se atribui sentido na vida, os processos de socialização que possibilitam a construção de narrativas coerentes em torno de eixos comuns.

Observando os discursos relatados, percebe-se que apesar das agressões que sofrem de seus companheiros, elas encontram dificuldade em se separar deles, o que nos faz refletir acerca do valor social atribuído ao casamento a partir desses discursos. Percebe-se também a importância da maternidade e o cuidado aos filhos atribuídos à mulher, tanto no discurso de A, que nos traz a idéia de que a partir da maternidade seria reconhecida socialmente, configurando uma idealização do papel de mãe. Assim como no discurso de S, que diz não se separar do marido por causa dos filhos. S. justifica com o cuidado aos filhos sua submissão ao marido. Diz ter medo de eles “entrarem” no mundo das drogas devido sua separação, e a partir de então acaba por legitimar o comportamento do marido.

Estas mulheres colocam no mesmo “lugar” seus papéis de mãe, mulher, e esposa, e, portanto, quando “fracassam” em seus casamentos, sentem-se fracassadas enquanto mulher.

A baixo auto-estima é observado nas três mulheres. Em todos os casos as mulheres consideram o sexo uma atribuição (ou uma condição para) ao papel de esposa, sentindo-se obrigadas a fazê-lo mesmo sem vontade pessoal, como observado no discurso de S, que afirma chorar toda vez que tem relação sexual com o marido.

Em todos os casos, as mulheres não deram continuidade ao atendimento psicoterápico, seja



por vontade própria, seja por vontade do companheiro.

Spink (1999) afirma que os repertórios interpretativos que nos servem de parâmetro foram histórica e culturalmente constituídos. Sabendo-se que segundo o construcionismo, o sujeito, assim como o objeto, são construções sócio-históricas, compreende-se, sobretudo, nestes discursos que na sociedade atual ainda atribui-se à mulher o papel de mãe e esposa submissa à seus companheiros, legitimando a desigualdade de gênero, característica da sociedade patriarcal.

Em seus dia-a-dia, essas mulheres sofrem diversos tipos de violência e adoecem, seja de ordem orgânica e/ou psíquica. É preciso portanto pensar políticas públicas que promovam o resgate da autonomia, cidadania e reestruturação do cotidiano das mulheres, que assim como nos casos discutidos neste trabalho, são agredidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As histórias dessas mulheres na busca pelos serviços de saúde mostram discriminação, frustrações e violações dos seus direitos enquanto mulher. A partir de então, entende-se que a humanização e a qualidade da atenção implicam na promoção, reconhecimento, e respeito aos seus direitos humanos, dentro de um marco ético que garanta a saúde integral e seu bem-estar.

Segundo Mantamala (1995, Apud BRASIL, 2004, ONLINE), a partir do enfoque integral à saúde busca-se englobar as questões psicológicas, sociais, biológicas, sexuais, ambientais e culturais. Isso implica em superar o enfoque biologicista e medicalizador hegemônico nos serviços de saúde e a adoção do conceito de saúde integral e de práticas que considerem as experiências das usuárias com sua saúde.

Humanizar e qualificar a atenção em saúde é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos. A atenção humanizada e de boa qualidade implica no estabelecimento de relações entre sujeitos, seres semelhantes, ainda que possam apresentar-se muito distintos conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero. (BRASIL, 2004, ONLINE)

Busca-se a partir da humanização e da qualidade da atenção em saúde, condições ideais para que as ações de saúde sejam eficazes na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado.

A violência de gênero deve ser discutida como um problema de saúde pública, já que tem como consequência o adoecimento físico e psíquico da mulher vítima de violência. Para um enfrentamento mais efetivo é necessário traçar estratégias de construção de uma rede social de proteção, promovendo, assim, ações afirmativas em busca da efetiva igualdade e equidade de



gênero, raça e etnia.

REFERÊNCIAS

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

CARTER, B., MCGOLDRICK, M., et al. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. 2ºed. Porto Alegre: Artemed, 1995.

GRANDESSO, M.A. Sobre a Reconstrução do Significado: Uma análise Epistemológica e Hermenêutica da Prática Clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

HELOANI, R.; CAPITÃO, C. Garcia. Formulações Gerais sobre o Objeto de Pesquisa em Psicologia: Estudo de Caso. In: Sociedade em Transformação- Estudo das relações entre Trabalho, Saúde e Subjetividade/ Maria Cristina Moreno Matias, José Antônio Damásio Abib (Orgs.) Londrina: EDUEL, 2007.

MACEDO, Rosa Maria S. Questões de gênero na Terapia de Família e Casal. In: Osório & Valle (Org). Manual de Terapia Familiar. Porto Alegre: Artemed, 2009.

SPINK, M. J. Práticas Discursivas e Produção de Sentido no Cotidiano. São Paulo: Cotrez, 1999.