

Articulando gênero e saúde: formação de profissionais no âmbito da Rede Cegonha

Articulating gender and health: professional qualification within the scope of Rede Cegonha

Enilce de Oliveira Fonseca Sally¹
Maria Martha de Luna Freire²
Helen Campos Ferreira³
Sônia Maria Dantas Berger²
Marlene Merino Alvarez²
Cláudia Regina Santos Ribeiro²

¹ Universidade Federal Fluminense, Faculdade de Nutrição Emília de Jesus, Departamento de Nutrição Social. Niterói-RJ, Brasil.

² Universidade Federal Fluminense, Instituto de Saúde Coletiva. Niterói-RJ, Brasil.

³ Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica. Niterói-RJ, Brasil.

Correspondência / *Correspondence*
Enilce de Oliveira Fonseca Sally
E-mail: eoliveirasally@gmail.com

Resumo

Partindo-se de demandas de formação em saúde situadas no processo de trabalho das equipes multiprofissionais envolvidas na implementação da Rede Cegonha na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, realizou-se ação de extensão com objetivo de colaborar para melhoria do cuidado integral. Apresenta-se descrição crítica e reflexões sobre a ação, sublinhando sua processualidade e apontando dificuldades, limites e potencialidades. A abordagem de gênero como tema transversal no processo ensino-aprendizagem, a produção compartilhada de saberes e o trabalho em rede na saúde foram privilegiados na concepção político-pedagógica. Por meio de metodologias participativas, foram realizados cinco encontros teóricos e vivenciais sobre gênero e sexualidade; violências; alimentação e nutrição; cuidados na gestação, no parto e na criança até 2 anos. Em graus variados, foram observados e problematizados atravessamentos de gênero nas vidas pessoais e profissionais das participantes, em sua maioria mulheres, como restrições para estudarem e escolherem suas carreiras, chegando aos dias atuais em que as mesmas são chefes de família e vivenciam desigualdades na divisão sexual do trabalho. Nas rotinas praticadas junto às gestantes, puérperas, parceiros e crianças, percebeu-se a permanência de práticas potencialmente discriminatórias; inexperiência/embaraço para lidar com novos arranjos conjugais; mitos na alimentação; obstáculos para a presença e participação dos pais. A autonomia e o direito da mulher a escolhas e informações – desde a sua admissão, em que estar em jejum é regra, até a cesariana induzida – foram recorrentemente negligenciados. Conclui-se pela pertinência de inclusão, de modo

pontual ou transversal, do tema gênero na formação profissional em saúde.

Palavras-chave: Gênero e Saúde. Equipe de Assistência ao Paciente. Assistência Materno-Infantil. Educação.

Abstract

Educational demands from Rede Cegonha health teams at Metropolitan Region II of Rio de Janeiro inspired a University Extension Project with the goal of contributing to health care improvement. We present a critical and reflective description of this initiative, underscore its processuality and point out its challenges, limits, and potentialities. The approach to gender as a cross-sectional theme, the shared production of knowledge in the educational process pedagogical and the work in a health network have been particularly addressed in the pedagogical policy underlying this study. Based on participatory methodologies, five meetings were held, approaching the following themes in a theoretical and practical perspective: gender and sexuality; violence; feeding and nutrition; health care during pregnancy, at childbirth and until children are two years old. There were varied degrees of gender crossings in the personal and professional lives of the participants, most of whom were women: for example, from restrictions to their choice of education or career opportunities to the current situation in which women are the sole or primary breadwinners but experience inequalities in gendered division of labor. In health services provided to pregnant women, their partners and children, one could still see potentially discriminatory practices; inexperience/embarrassment when dealing with new marital arrangements; feeding myths; reluctance to allow the father's presence and participation. Women's autonomy and right to choice and information were recurrently neglected – from the moment of forced fasting when she is admitted to hospital until the moment a cesarean section is induced. Therefore, it was concluded that it is crucial to include the theme of gender in health professional education and training programs, either at a specific point in time or throughout the whole program.

Keywords: Gender and Health. Patient Care Team. Maternal-Child Health Services. Education.

Contextualizando a experiência

A Rede Cegonha (RC) é uma estratégia do Ministério da Saúde que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e crescimento / desenvolvimento saudáveis.¹ No sentido de contribuir com o processo de implementação da Rede Cegonha, as autoras desenvolveram o projeto de extensão “Rede Cegonha: uma proposta interinstitucional de educação permanente” no âmbito da Universidade Federal Fluminense (UFF).

A UFF, por meio do Instituto de Saúde Coletiva, participa da Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES) da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro (CIES/Metro II), constituída por sete municípios. Tal instância de gestão permite interface com a rede de serviços de saúde, bem como parceria com os coordenadores municipais da Educação Permanente. Assim, desde sua concepção, o processo de trabalho desenvolveu-se de modo participativo, com objetivo geral de formação/qualificação multiprofissional para atuação na assistência à saúde da mulher e da criança na Rede Cegonha.¹ Nessa perspectiva, foram tomadas como ponto de partida das discussões as práticas concretas de trabalho, conforme preconizado pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).²

Privilegiamos na ação a abordagem de gênero. Introduzido nos estudos acadêmicos na década de 1970, o termo pode ser entendido como o conjunto de regras por meio das quais diferenças biológicas são transformadas em normas sociais, sendo empregado de maneiras diversas em análises, pesquisas e políticas públicas.³⁻⁵ Adotamos a perspectiva da construção social e histórica de gênero apresentada por Joan Scott (1995) como elemento constitutivo das relações sociais e de poder.⁶ A autora destaca sua faculdade de conferir sentidos e percepções hierarquizadas às diferenças sexuais, o que pode alimentar o sistema de desigualdades entre homens e mulheres. Ademais, buscamos articular outras dimensões de vida, como raça, classe, orientação sexual, consideradas indissociáveis e entrelaçadas.⁵

No campo da saúde coletiva, estudos⁷⁻⁹ demonstram o impacto do gênero na assistência e a influência de práticas individuais e/ou institucionais no reforço ou no enfraquecimento de iniquidades e assimetrias. O paradigma biomédico que orienta o modelo hegemônico de formação profissional e práticas de atenção à saúde historicamente privilegia o corpo feminino como alvo de intervenção e controle.¹⁰⁻¹³ Interfere, em particular, nas experiências de assistência à reprodução humana, resultando na exclusão do homem desse processo e impactando a condição de vulnerabilidade de gestantes, parturientes e crianças¹⁴! atores implicados na Estratégia Rede Cegonha.

Embora o enfoque de gênero esteja contemplado nos princípios norteadores da Rede Cegonha, não são detalhadas ações específicas nesse sentido. De outro lado, habitualmente não há percepção clara dos atravessamentos de gênero que modulam nossas condutas cotidianas pessoais e profissionais. Consideramos, portanto, mais que oportunas ações que promovam reflexão e discussão da formação nas práticas assistenciais no âmbito da Rede Cegonha, como ações *generificadas* potencialmente impactantes. Apresenta-se a descrição crítica e reflexões sobre a ação de extensão, sublinhando sua processualidade e apontando dificuldades, limites e potencialidades.

Marcos políticos e programáticos: limites e avanços para a incorporação da perspectiva de gênero nos processos de educação e trabalho em saúde

No Brasil, o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1983,¹⁵ inaugurou uma ruptura conceitual no que se refere aos princípios e diretrizes das políticas de saúde para as mulheres, abrindo caminho para o entendimento de que as desigualdades nas relações de gênero podem causar sofrimento, adoecimento e morte, em especial à parcela feminina da população.¹⁶ Resultante da luta de setores sociais, como movimentos de mulheres e profissionais de saúde, em ambiente impregnado pelo lema feminista “nosso corpo nos pertence”, o PAISM ultrapassou visões restritivas de políticas assistenciais reprodutivistas, incorporando o cuidado integral a todas as dimensões do universo feminino, como câncer, climatério, aborto, violência.^{7,17}

Além disso, outro aspecto a ser destacado como inovador e potente no movimento foi ter dado voz e vez ao discurso das mulheres sobre suas experiências com seu corpo e sua saúde, resgatando de algum modo seu protagonismo e cidadania, inaugurando possibilidades de construção coletiva de conhecimentos em contraposição ao saber/poder médico-científico. Os grupos de reflexão foram estratégias exitosas e se tornaram uma metodologia de educação em saúde recomendada e incorporada em alguns serviços, potencializando a horizontalidade na interação profissional-usuária, as quais se tornam sujeitos ativos no cuidado da sua saúde.¹⁸

Contudo, ainda que outras pactuações e políticas tenham vindo depois ratificar algumas das diretrizes do PAISM, que em 2004 ganhou status de Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher,¹⁶ o recorte de gênero não foi adequadamente incorporado à formação profissional e, como consequência, às práticas educativas/assistenciais como defendido originariamente nos grupos de reflexão de mulheres.

No que se refere especialmente à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos em sua interface com as ações propostas na Rede Cegonha, diante da situação de extrema iniquidade de gênero e dos altos índices de mortalidade materna, destaca-se a iniciativa da Organização Mundial de Saúde de promoção da Maternidade Segura através dos Direitos Humanos.¹⁹ Além da oferta de serviços de qualidade, o reconhecimento de que aspectos culturais, como, por exemplo, as condições em

que se estabelecem as relações de gênero em cada país, podem interferir nas práticas em saúde faz com que seja fundamental assegurar o acesso à informação para a livre tomada de decisão e escolha da maternidade, e para aquelas que a desejem, a viverem sem riscos.¹⁹ Tal iniciativa pode colaborar, por exemplo, para a identificação e acolhimento de mulheres, crianças e famílias em situações de violências interpessoais – como as praticadas entre parceiros íntimos – e institucionais, como a violência obstétrica praticada pelos próprios profissionais de saúde. São recorrentes os relatos e estudos que apontam para a ocorrência de violência na gestação, o que constitui um padrão muito grave de violência, possivelmente mais frequente do que agravos habitualmente rastreados durante o pré-natal, como o diabetes e a hipertensão arterial.²⁰⁻²²

No Brasil, amplia-se a cidadania feminina por meio da Lei nº 11.108/2005, que assegura um/a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.²³ Recomenda também o fortalecimento do protagonismo de gestantes, parturientes e puérperas, e sua proteção e das crianças contra diversos abusos e/ou negligências, na tentativa de desconstrução de estereótipos de gênero reforçados pelo modelo biomédico de assistência.

Já a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)²⁴ reafirmou a paternidade não apenas como obrigação legal, mas como direito dos homens, desde a decisão, compartilhada com a mulher, sobre quando, como e quantos filhos terão. Observa-se, entretanto, que atitudes apoiadas em concepções estereotipadas sobre os homens contribuem para afastá-los do processo assistencial.^{25,26}

Ainda que pressuponha o protagonismo da mulher no âmbito da assistência, a Rede Cegonha não está livre de censuras ou controvérsias. Cabe destacar as críticas de movimentos feministas que a enxergam como um retrocesso no que se refere à atenção integral à saúde das mulheres, ao reduzi-las a sua função reprodutiva, pois ao tomar como ponto inicial de intervenção a gestação já estabelecida, não são questionadas as condições em que esta ocorreu nem as expectativas de sua evolução. O pressuposto da maternidade como identidade feminina precípua não é problematizado, desprezando-se seu caráter socialmente determinado e sua historicidade. Ao se encerrar homens e mulheres em seu determinismo essencialista de sexo, ignora-se a dimensão *generificada* da maternidade e dos cuidados destinados a esse evento.²⁷⁻²⁹

O processo de trabalho na atenção em saúde, especialmente no ciclo reprodutivo, revela, portanto, limitações e resistências na atuação de profissionais cuja formação, fundamentada no modelo biomédico, cerceia as possibilidades do protagonismo de homens e mulheres. Além disso, suas experiências pessoais e profissionais refletem mitos e preconceitos de gênero, associados à maternidade e à paternidade, que podem impactar negativamente as práticas assistenciais.³⁰

Finalmente, cabe assinalar que gestar, parir, nascer e crescer de maneira saudável são condições que envolvem, em média, duas a três instituições cujos profissionais não mantêm vínculo com a família expectante, aumentando o custo-benefício do processo de atenção e, ao mesmo tempo,

causando insegurança àqueles que dependem do Sistema Único de Saúde (SUS). O estabelecimento da rede de atenção envolvida na Rede Cegonha deve, portanto, sofrer avaliações constantes no sentido de assegurar a efetividade da atenção com qualidade e de maneira singular.³¹

Estratégias metodológicas: nossas escolhas, atividades e ferramentas

O projeto foi delineado no período temporal de abril a dezembro de 2015, com aprovação da Pró-reitoria de Extensão da UFF e realizado na Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. A equipe, composta por seis docentes e seis discentes de graduação das áreas de Enfermagem, Nutrição, Saúde Coletiva, Medicina, Psicologia e Serviço Social, atuou conjuntamente nas fases de concepção, planejamento, execução e avaliação. Participaram da ação 38 profissionais de saúde e cinco Coordenadores Municipais de Educação Permanente.

Organizada como curso com carga horária de 40 horas, a programação foi desenvolvida em cinco encontros presenciais, nos quais abordamos aspectos teóricos e vivenciais sobre: gênero e sexualidade; violências; alimentação e nutrição; cuidados na gestação e no parto; e crescimento e desenvolvimento infantil.

Recorremos a técnicas lúdicas, participativas e dinâmicas de grupo que facilitassem a eclosão e visibilidade das temáticas propostas. Utilizamos também ferramentas que permitiram aos profissionais a elaboração, individual e coletiva, de ações de planejamento estratégico como propostas de intervenção para melhoria da assistência na Rede Cegonha.

Para fins deste artigo, destacamos e problematizamos alguns atravessamentos de gênero no processo de trabalho que emergiram durante a ação. Procuramos escapar de uma utilização meramente descritiva da categoria gênero, buscando, ao contrário, refletir sobre suas expressões nas práticas cotidianas de profissionais de saúde.

Vivências pessoais e profissionais atravessadas pelo gênero

Para dar visibilidade aos possíveis estereótipos e/ou características consideradas masculinas ou femininas e problematizar a construção social de gênero, já durante a recepção dos profissionais foram distribuídos crachás nos quais cada pessoa deveria escrever o seu nome e, no verso, anotar duas características próprias que considerasse sendo uma feminina e uma masculina.^a Posteriormente, para o aquecimento temático, os mesmos socializaram tais características para

a Dinâmica inspirada no modelo proposto no Caderno “O facilitador”, produzido para um projeto de pesquisa-ação interinstitucional, coordenado pelos Núcleos de Gênero e Saúde da ENSP/ Fiocruz e IESC/ UFRJ no ano de 1998.

o grupo, sendo as mesmas discutidas e desconstruídas em suas clássicas polaridades e oposições: mulheres meigas, cuidadoras e cuidadas, vaidosas e pacientes *versus* homens brutos, decididos, objetivos, provedores e leais.

Com vistas a facilitar análise mais aprofundada do tema, realizou-se breve exposição oral sobre aspectos conceituais e históricos de gênero. Essa decisão deveu-se a percebermos, quando instigados a relatar atravessamentos de gênero em situações vivenciadas pelos participantes, tanto em suas vidas pessoais como profissionais, ora um silenciamento – quem sabe revelador de certo desconhecimento do tema? –, ora um olhar restrito às relações homoafetivas. Ou seja, a expressão gênero era lembrada principalmente quando se referia a comportamentos desviantes dos padrões sociais habituais e naturalizados quando relacionados às desigualdades social e historicamente construídas para homens e mulheres.

Em outro momento, foi proposto aos participantes construir uma linha do tempo, descrevendo situações em que o gênero foi marcante em suas vidas, positiva ou negativamente. Algumas frases e depoimentos mostraram-se emblemáticos quanto ao caráter relacional e produtor de assimetrias de poder. Houve revelação de abusos sofridos dentro da própria família, as diversas restrições vivenciadas por homens e mulheres para estudarem e escolherem suas carreiras, chegando aos dias atuais em que as mesmas são pai e mãe/chefes de família e vivenciam as desigualdades na divisão sexual do trabalho,³² demarcando o que Giffin denomina como uma “transição de gênero”.²²

Segundo a autora, no contexto das políticas neoliberais, em que o desemprego e a precarização do trabalho contribuem para o que se reconhece como uma crise da masculinidade, visibilizada no conflito entre a entrada maciça das mulheres no mercado de trabalho e a derrocada do homem provedor, trata-se de uma atualização das desigualdades de gênero, uma vez que, além do trabalho doméstico e do cuidado, tradicionalmente já associados e desempenhados pelas mulheres, as mesmas passam não só a ajudar no orçamento doméstico, mas a se responsabilizar pela provisão de renda, situação ideologicamente celebrada como uma conquista da nova mulher que alcança sua independência pelo trabalho remunerado, mas que, por outro lado, encobre o aprofundamento da dupla jornada de trabalho.²²

Os registros compartilhados no exercício da linha do tempo ilustram estas e outras modulações advindas das pressões sociais baseadas nas relações desiguais de gênero e seus efeitos na vida das mulheres e dos homens: “Renunciei à profissão para criar meu 1º filho”; “Separação: agora sou o homem da família, sou pai e mãe”; “Teria aprendido a dirigir aos 18 anos se fosse homem”; “Cobrança para engravidar...”; “Decidi que não queria ser mãe, apesar da pressão da família e sociedade”; “Escolher a enfermagem mesmo sabendo dos preconceitos ligados à profissão para um homem!”.

As frases foram avaliadas e selecionadas para a construção de um painel, com a intenção de estimular a reflexão sobre a construção social de gênero de forma mais concreta para todas as pessoas ali presentes e também representar um *feedback* sobre a atividade realizada. O painel foi afixado na parede da sala de encontros e ali permaneceu até o fim do curso de extensão. Frequentemente, recorreu-se a ele para alimentar os debates, aproximando as experiências de vida pessoal e profissional com fins de problematizar e tornar mais inteligíveis as possíveis influências das relações de gênero nas práticas assistenciais a homens, mulheres e crianças no âmbito da Rede Cegonha.

Os integrantes da ação identificaram também o papel, na maior parte das vezes restritivo, do gênero nas relações entre as diversas categorias profissionais, em especial entre médico/as e enfermeiro/as. Dramatização vivenciada pelo grupo evidenciou tensões de gênero e disputas de poder desencadeadas por hierarquias presentes nas equipes, conforme a fala de uma participante: “Você é a enfermeira e eu sou sua técnica, agora você é minha chefe...” Ao que a outra revidou: “Técnica é meio abusada, né?”, “técnica se mete em tudo”, apontando demandas a ser trabalhadas e amenizando conflitos decisórios pautados em hierarquias.

Cabe destacar a presença reduzida de médico/as na ação realizada, situação recorrente em treinamentos e atividades de educação permanente de modo geral. Tal situação, a nosso ver, impacta negativamente os processos de discussão, uma vez que a submissão habitual à autoridade médica pode ser um fator impeditivo ao protagonismo feminino no ciclo reprodutivo e ao trabalho em equipe multiprofissional.

Gênero e trabalho multiprofissional em alimentação e nutrição

A temática “nutrição na gestação, puerpério e infância” evidenciou tensionamentos no que diz respeito à dinâmica do processo de trabalho na Rede Cegonha. A discussão do tema “avaliação nutricional da gestante” revelou que os profissionais, de maneira geral, reconhecem sua importância, justificada pela associação das alterações do estado nutricional, sobretudo o excesso de peso materno, com desfechos adversos na gestação. Entretanto, muitos deles relataram ausência do preenchimento da curva de peso da gestante em suas práticas rotineiras, por entenderem ser esta uma atividade de responsabilidade do profissional da Nutrição.

Esta questão parece refletir a segmentação do processo de trabalho instituída desde a Atenção Básica, o que compromete a integralidade das ações de saúde da gestante e da criança a curto, médio e longo prazo.²⁰ Pode repercutir também a divisão hierárquica de trabalho baseada em relações de poder nas dimensões dos campos de ação profissional e de gênero, tendo em vista que na Nutrição, assim como na Enfermagem e no Serviço Social, há um predomínio maciço de mulheres. O processo de medicalização social, desenvolvido de forma crescente desde o século passado, e

a conformação da chamada “maternidade científica” propiciaram a profissionalização feminina nesses campos, considerados uma extensão de suas funções “naturais” de cuidado.³³ A própria formação do/a Nutricionista, no início da implantação da carreira, incorporou essa concepção, apresentando-se como uma especialização culturalmente mais apropriada à mulher e associada à ocupação doméstica feminina.³⁴ Assim, o desprestígio verificado na realização da avaliação nutricional da gestante de maneira rotineira, cuja responsabilidade deveria ser multiprofissional, pode sinalizar tanto a pouca importância dada a esta temática no contexto da Atenção primária, como refletir distribuição sexual hierárquica de tarefas no interior da própria equipe.

No que tange ao significado da alimentação durante a gestação, os participantes, embora detivessem conhecimento sobre o tema, demonstraram, em sua maioria, implicação apenas quando associada a alguma morbidade. No entanto, a literatura aponta a necessidade de as mulheres grávidas seguirem determinado regime, pela influência que os seus costumes alimentares terão sobre a saúde do futuro bebê,³⁵ mantendo-se uma visão essencialista sobre a responsabilidade feminina nos cuidados com a prole.

Para as crianças até 2 anos, notou-se empenho dos profissionais no incentivo ao aleitamento materno. Não houve, entretanto, nenhuma referência a conflitos entre as orientações fornecidas e desejos/resistências das mulheres assistidas. As práticas mostravam-se guiadas pela naturalização da amamentação como atividade própria à essência feminina, e desconsideração de arranjos pessoais e familiares, de especificidades de classe e raça e de subjetividades distintas. Práticas sintonizadas com o modelo biomédico de formação e o caráter normativo das políticas. No entanto, a análise de Brecailo e Tamamini¹³ sobre a relação entre a experiência concreta de mulheres que amamentam e o discurso institucional sobre o tema sinaliza a necessidade de discutir, na formação profissional, questões como a autonomia das mulheres e estimular uma visão politizada da amamentação, na qual, a nosso ver, o gênero tem papel central.

Observamos, ainda, a presença de mitos na orientação da alimentação complementar saudável e no processo de desmame. As discussões revelaram e reforçaram atravessamentos de gênero cristalizados nas noções de que cozinhar, amamentar e desmamar a criança são atribuições eminentemente femininas e ligadas à sua natureza.^{36,37} Historicamente, na divisão sexual do trabalho,³² essas atividades são vistas como próprias das mulheres e por elas incorporadas, cabendo ao pai a função produtiva e à mulher, a reprodutiva, sendo esta desprestigiada. Embora influenciada por outras categorias como raça e classe, a realização de atividades domésticas e de cuidado ainda é considerada, na atualidade, hegemonicamente do domínio feminino.³⁸

Os participantes referiram encontrar dificuldades na orientação sobre alimentação complementar oferecida às mães e gestantes e na adesão destas às práticas sugeridas, atribuindo, de modo preconcebido, às limitações econômicas e culturais das usuárias, sem, contudo, explorar alternativas nos seus contextos concretos de vida ou possibilidades de apoio intra ou intersetorial.

Diante desse cenário, julgou-se oportuna a apresentação dialogada do *Guia Alimentar para a população brasileira*, lançado pelo Ministério da Saúde em 2014, como referencial técnico para ser aplicado no SUS.

Discutiu-se também com o grupo a concepção de que os processos de escolhas alimentares resultam da interação entre crenças, tabus, valores culturais, condições materiais de acesso aos alimentos, noções valorativas atreladas a certos alimentos, necessidades biológicas e demandas de consumo.^{37,39,40} Concluiu-se pela necessidade de problematização e flexibilização do comportamento alimentar com vistas a romper com a noção do senso comum de que existe um “comer certo” e um “comer errado”.⁴⁰

Das violações de direitos e violências invisíveis, silenciadas ou banalizadas: “é uma questão de gênero sim!”

Difícil tarefa a de descrevermos ou situarmos de que modo ou onde os temas das discriminações, violações e, em última instância, das violências, foram mais destacados, já que observamos seu atravessamento em momentos diversos do processo de formação que pouco a pouco foi sendo implementado.

Pontualmente, como atividades que foram mais direcionadas para abordagem das violências, tivemos: a dramatização de um caso em que a suspeita de violência por parceiro íntimo foi explorada; uma exposição dialogada que buscou ouvir e discutir percepções e experiências dos profissionais; um vídeodebate com representantes da rede sobre o documentário *Violência Obstétrica: a voz das brasileiras*; e um levantamento situacional sobre as redes de violência nos sete municípios. Todas, de certa forma, colaboraram para o que chamamos de uma “visibilidade construída”²¹ sobre as mais diversas negligências e “dores sem nome”⁴¹ vivenciadas pelas mulheres: no caso das gestantes e puérperas, nas suas relações íntimas e nos serviços de saúde (hoje reconhecidas como violências institucionais). E no caso de algumas participantes da oficina, além daquelas vivenciadas nas relações domésticas e familiares compartilhadas durante a dinâmica da linha do tempo de gênero, o assédio moral e o sexual nas relações de trabalho, baseados nas hierarquias de gênero.

Ao questionarmos o grupo sobre “o que é violência?” e “que violência vivemos?”, ouvimos respostas como “privatização, desvalorização do trabalho, sucateamento e privatização da saúde pública, criminalização da pobreza e violência urbana”, o que nos confirma ser a violência, além de relacional, um problema estrutural em nossa sociedade. Na sequência, à provocação sobre “o que violência teria a ver com a Rede Cegonha?”, um dos homens presentes se pronunciou: “mau atendimento, pressão sobre a mãe, não permitir que a mulher faça as suas escolhas. Violência também é não perceber ou ignorar que uma pessoa está sofrendo violência”.

Sabemos que a violência entre parceiros íntimos (VPI) no âmbito doméstico pode ser um problema mais comum entre mulheres grávidas do que vários agravos rastreados rotineiramente durante o pré-natal.⁴² Assim, ressaltamos que o profissional de saúde não perceber ou identificar, por exemplo, que uma grávida está sofrendo violência do parceiro e que o fato de ela continuar fumando muito e/ou não ganhando peso pode estar associado a tal situação, pode limitar muito a qualidade da atenção prestada. Do mesmo modo, no caso de algumas puérperas que encontram dificuldades em amamentar seu bebê e que podem estar em relações conjugais e/ou familiares em que conflitos e agressões são recorrentes.

Em relação aos procedimentos e recursos necessários ou disponíveis para o atendimento das mulheres em situação de violência, o que mais nos chamou a atenção foi a restrição preconceituosa de alguns à oferta da anticoncepção de emergência às mulheres, um método aprovado, disponibilizado e normatizado pelo Ministério da Saúde.⁴³ Tal situação, em consonância com a que a literatura já apontava, demonstrou o quanto ainda se faz necessário oferecer espaços de reflexão e processos de formação diferenciados, que, para além dos protocolos, trabalhem aspectos subjetivos relacionados às percepções e vivências de cada um dos membros das equipes de saúde, no que tange às relações de gênero e direitos humanos das mulheres.⁴⁴⁻⁴⁷

Finalmente, com relação ao grande tema da violência obstétrica, resgatamos o depoimento de um participante/médico sobre a cesariana provocada na filha devido à escolha exclusiva de um colega médico, o qual foi decisivo para a reflexão a que almejamos com a atividade: “é uma questão de gênero sim. Por enquanto quem vai parir é só a mulher”. Tal situação-problema demarca de modo exemplar o quanto o corpo da mulher continua sendo objeto de intervenções e controle, o quanto o saber feminino ainda é destituído de valor ante o poder médico.¹¹

De modo geral, a questão da autonomia e do direito da mulher a escolhas e informações em todas as etapas da assistência – desde a sua admissão, em que estar em jejum é regra, até a cesariana induzida – foi algo que observamos ser recorrentemente negligenciado na prática da equipe multiprofissional envolvida na atenção às gestantes, o que, em diferentes gradações, além de uma violação de direito, passa a ser vivenciado por elas como violências institucionais, em geral atravessadas pelas desigualdades de gênero.⁴⁴

Homem cuidador

Tratando-se do pai, ou do parceiro da gestante/mãe, a garantia dos seus direitos sexuais e reprodutivos é contemplada como um dos princípios norteadores da Rede Cegonha, destacada na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).²⁴ No *Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde*, lançado em 2016,⁴⁸ também se afirma que esse direito deve começar na decisão compartilhada com a mulher sobre quando, como e quantos filhos

terão e se estender ao direito de acompanhar a gravidez, o parto, o pós-parto e a educação das crianças. No entanto, o cumprimento das recomendações encontra barreiras institucionais e relacionadas à dimensão sociocultural das questões de gênero, como a crença de que a saúde sexual e reprodutiva, a gravidez, o parto, assim como o cuidado com as crianças, são temas que interessam pouco aos homens.

À indagação “Pode haver um homem cuidador?”, alguns participantes responderam positivamente, mas mesmo estes reconheceram que associam a função muito mais às mulheres do que aos homens. Verificamos também: práticas potencialmente discriminatórias; tendências de julgamento moral; inexperiência/embaraço para lidar com novos arranjos conjugais, como casais homoafetivos; obstáculos para a presença dos pais no ambiente do parto, aspectos que há muito vêm sendo apontados na literatura.²⁵ Nas palavras de um participante, “nós mesmos, como profissionais, criamos essas barreiras...”. Há evidências de que a efetiva participação do parceiro na gravidez, parto, pós-parto, puerpério e educação das crianças tem impacto positivo na promoção da saúde da díade mãe-bebê, na redução dos índices de violência conjugal e de gênero e na redução da violência obstétrica.⁴⁴

Além disso, sobre a inclusão dos homens/pais na Atenção Básica a partir da paternidade, nada foi dito, o que pode significar desconhecimento ou discriminações de gênero.²⁶ Alguns profissionais relataram, inclusive, que em seus municípios ainda se mantém a proibição da presença dos homens durante o parto, o que fere a Lei 11.108/2005,²³ que garante o direito da parturiente ter um/a acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Todos são exemplos da íntima relação entre concepções de gênero e masculinidades da equipe de saúde e suas práticas de cuidado e assistência, que precisam ser problematizadas e/ou superadas de forma a garantir níveis assistenciais satisfatórios conforme preconizado pela Rede Cegonha.

Gênero e “nós” na rede

Ao discutirmos a *operacionalização* das ações em rede e linha de cuidado assistencial municipal, os participantes explicitaram ter rede pensada, em alguns municípios, e por vezes até desenhada, porém, não vivenciada. Justificaram haver empecilhos de pactuações; déficit de recursos humanos; indefinições e/ou pouca clareza de funções e de regulação de leitos; linhas de ações sobrepostas nas instituições, fazendo com que a clientela ficasse desassistida e desacreditasse no serviço oferecido. Uma frase emblemática dessa situação foi: “os partos de risco habitual tornavam-se de alto risco devido à descontinuidade da integralidade das ações e peregrinação da gestante por unidades de saúde/municípios em busca de atenção direta, efetiva e resolutiva.” A negligência sinalizada sugere cristalização de desigualdades de gênero nas práticas assistenciais ao conferir sentidos e percepções hierarquizadas que alimentam o sistema de saúde, tornando as mulheres vulneráveis.¹²

No momento inicial da Ação foi solicitada a identificação de potencialidades e fragilidades setoriais das instituições representadas e seus limites e possibilidades, por meio da Planilha de Grove.⁴⁹ Percebemos pouca ênfase nos aspectos socioculturais no diagnóstico situacional da rede, com destaque para a baixa referência ao homem como um dos atores do processo de atenção obstétrica. Em relação à saúde sexual e reprodutiva, os profissionais ainda privilegiam o cuidar do corpo feminino, excluindo o homem. É importante ampliar a instância de promoção de direitos equânimes e da atenção integral às necessidades de saúde, tanto femininas, quanto masculinas.²⁵

Ao longo do projeto de extensão foram apresentadas diversas experiências de gestores, profissionais, agentes comunitários e de grupo de mulheres na intenção de ampliar a reflexão sobre a realidade. No entanto, na maior parte dos planos de ação, apresentados como exercício de atividade final, não verificamos a incorporação das boas práticas discutidas. Reconhecemos, entretanto, haver propostas inovadoras e exequíveis, como a de realizar parcerias para captação dos homens em seus locais de trabalho como uma das estratégias para inclusão deles na atenção à saúde, o que pode vir a repercutir positivamente na Rede Cegonha. Tais iniciativas são permeadas pela cultura de gênero, que, por vezes, limita os profissionais de saúde, e os próprios homens, a se compreenderem como sujeitos de direito em saúde.²⁶

Considerações finais

A experiência revelou que os profissionais apresentam, em graus variados, percepção quanto à presença de atravessamentos de gênero em suas vidas pessoais e práticas no âmbito da Rede Cegonha e aos seus potenciais impactos negativos na assistência. Ratificou, ainda, a pertinência de inclusão, de modo pontual ou transversal, desta temática nas ações de formação multiprofissional em saúde. O envolvimento de estudantes de graduação na Ação mostrou-se acertado e proveitoso, uma vez que essa discussão não é comum nos programas curriculares da área da saúde.

Percebemos o grau, ainda incipiente, de reflexões e/ou de práticas adequadas sobre a maior parte dos tópicos propostos e trabalhados. Assim, reconhecemos contribuições de nossa Ação na qualificação da rede da região Metropolitana II e na formação multiprofissional em saúde. Ademais, acreditamos que a experiência, em sua totalidade problematizadora da realidade, contribuiu para o processo de construção de diagnósticos parciais do trabalho dos profissionais e/ou serviços, apontando pontos de tensão, desafios e possibilidades de superação dos obstáculos à operacionalização plena da Rede Cegonha nos municípios partícipes da Ação.

Detectou-se que esses profissionais precisam ser mais estimulados para a prática assistencial promotora de respeito e diálogo entre os diferentes saberes. Tal premissa demandará processos de educação e trabalho em saúde, orientados por propostas de ensino-aprendizagem que busquem negociação de saberes e sentidos e a produção compartilhada de conhecimentos.

Esperamos que ações semelhantes sejam realizadas e concluimos que há necessidade de reforçar as ações de educação permanente para qualificação de profissionais de saúde que atuam na Rede Cegonha, além de instaurar processos regulares de avaliação da rede de atenção à população. Além disso, esperamos que as boas práticas que tiveram a oportunidade de conhecer, possam inspirá-los a melhorar o processo de trabalho e a atenção obstétrica oferecida.

Agradecimentos

Pró-reitoria de extensão da UFF.

Escola de Extensão da UFF (na pessoa do Prof. Antonio Lyra).

Coordenadores municipais da Educação Permanente da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro.

Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa pela cessão do auditório.

Estudantes de graduação da Universidade Federal Fluminense.

Bolsistas: Michele Agostinho Condé (PIBIC), Loanda Oliveira Fukuma (extensão), Juliana Pereira Rebello (desenvolvimento acadêmico PROAES 1528), Maria Viviane Ferreira de Carvalho (desenvolvimento acadêmico).

Monitores: Bruno Bompert, Jamille Simonin, Juliana Cavalcante, Lyvia Figueiredo, Maria Jose Melo, Nathalia Silva Cabral, Pâmella Rosa, Suelen Câmara, Tayana Soares, Thaís Stanziloa, Vivian Manhães

Palestrantes convidados: Christiane Fernandes Ribeiro, Jhonnatas Clemente, Sancler Luiz Doria Grammatico Correa, Tatiana dos Santos Nascimento, Mariana Vieira, Aline Corrêa Sudo, Corina Helena Figueira Mendes, Fátima Cidades, Simoni Furtado.

Colaboradores

Sally EOF, Ferreira HC, Berger SMD, Alvarez MM e Ribeiro CRS trabalharam em todas as etapas, desde a concepção do estudo até a revisão da versão final do artigo. Freire MM de L coordenou o projeto de extensão e trabalhou em todas as etapas, desde a concepção do estudo até a revisão da versão final do artigo.

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União 27 jun. 2011.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
3. Butler J. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003. 236 p.
4. Rubin G. El tráfico de mujeres: notas sobre la 'economía política' del sexo. Nueva Antropología 1986; 8(30):95-145.
5. Saffioti HIB. Rearticulando gênero e classe social. In: Costa AO, Bruschini MCA, organizadores. Uma questão de gênero. São Paulo: Fundação Carlos Chagas; 1992. p. 183-215.
6. Scott J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. Educação & Realidade 1995; 20(2):71-79.
7. Farah MFS. Gênero e políticas públicas. Estudos Feministas 2004; 12(1):47-71.
8. Aquino EML. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. Rev Saúde Pública 2006; 40(Esp):121-132.
9. Vilela W, Monteiro S, Vargas E. A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. Ciênc Saúde Colet. 2009; 14(4):997-1006.
10. Martins APV. 2004. Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Fiocruz; 287 p.
11. Vieira EM. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. 84 p.
12. Franzi NMF, Fonseca RMGS, Guedes RN. Violência de gênero: concepções de profissionais das equipes de saúde da família. Rev Latino-Am Enfermagem 2011; 19(3):589-597.
13. Brecailo MK, Tamanini M. Amamentar, cuidar, maternar: regulações, necessidades e subjetividades. DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde 2016; 11(3):825-46.
14. Birolli F. Autonomia, opressão e identidades: a resignificação da experiência na teoria política feminista na teoria política feminista. Estudos Feministas 2013; 21(1):81-105.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde; 1984.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Relatório de gestão 2003-2006. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007. 128 p.
17. Xavier D, Ávila MB, Correa S. Questões feministas para a ordem médica: o feminismo e o conceito de saúde integral. In: Labra ME, organizadora. Mulher, saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes; 1989. p. 203-222.
18. Giffin K. Estudos de gênero e saúde coletiva: teoria e prática. Saúde em Debate 1995; 46:29-33.

19. Organização Mundial de Saúde. Promovendo a maternidade segura através dos direitos humanos. Rio de Janeiro: CEPIA; 2003. 200 p.
20. McFarlane J, Campbell JC, Sharps P, Watson K. Abuse during pregnancy and femicide: urgent implications for women's health. *Am Coll Obstet Gynecol*. 2002; 100(1):27-36.
21. Dantas-Berger SM, Giffin KM. Serviços de saúde e a violência na gravidez: perspectivas e práticas de profissionais e equipes de saúde em um hospital público no Rio de Janeiro. *Interface* 2011; 15(37):391-405.
22. Giffin K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(Supl. 1):S103-S112.
23. Brasil. Lei n 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União* 8 abr. 2005.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Assistência Integral à Saúde do Homem: diretrizes e princípios. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
25. Carvalho MLM. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. *Cad Saúde Pública* 2003;19(Sup. 2):S389-S398.
26. Ribeiro CR, Gomes R, Moreira MCN. Encontros e desencontros entre a saúde do homem, a promoção da paternidade participativa e a saúde sexual e reprodutiva na atenção básica. *Physis* 2017; 27(1):41-60.
27. Scavone L. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. *Interface* 2001; 5(8):47-59.
28. Freire MML. Maternalismo e proteção materno-infantil: fenômeno mundial de caráter singular. *Cad Hist Ciênc*. 2011; 7(2):55-69.
29. Carneiro RG. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, personalidade e pluralidade. *Interface* 2013; 17(44):49-59.
30. Caires TLG, Vargens OMC. A exclusão do pai da sala de parto: uma discussão de gênero e poder. *Rev Enf Ref*. 2012; 7:159-168.
31. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2010; 15(5):2297-2305.
32. Kergoat D. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. In: Hirata H, Laborie F, Le Doaré H, Senotier D. organizadores. *Dicionário crítico do feminismo*. São Paulo: Ed. UNESP; 2009. p. 67-75.
33. Freire MML. Ser mãe é uma ciência: mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos* 2008; 15:153-171.
34. Souza LKCS, Campos FM, Bom Kraemer F, Machado PAN, Carvalho MCVS, Prado SD. Gênero e formação profissional: considerações acerca do papel feminino na construção da carreira de nutricionista. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde* 2016; 11(3):773-788.
35. Contreras J, Gracia M. Alimentação, sociedade e distinção. In: Contreras J, Gracia M. *Alimentação, sociedade e cultura*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 211-287.

36. Baião MR, Deslandes SF. Alimentação na gestação e puerpério. *Rev Nutr.* 2006; 19(2):245-253.
37. Rotenberg S, Vargas S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. *Rev Bras Saúde Materno Infantil* 2004; 4(1):85-94.
38. Canesqui AM. Antropologia e alimentação. *Rev Saúde Pública* 1988; 22(3):207-216.
39. Rodrigues EM, Soares FFTP, Boog MCF. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. *Rev Nutr.* 2005; 18(1):119-128.
40. Rodrigues EM, Boog MCF. Problemática como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(5):923-931.
41. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Falcão MTC, Figueiredo WS. Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Editora UNESP; 2005. 183 p. Saúde e Cidadania.
42. Jasinski JL. Pregnancy and domestic violence: a review of the literature. *Trauma, Violence & Abuse* 2004; 5(1):47-64.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
44. Aguiar JM, D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública* 2013; 29(11):2287-2296.
45. Dantas-Berger SM. Violência entre parceiros íntimos: desafios no ensino e atenção em saúde. *Rev Bras Educ Méd.* 2011; 35(4):526-534.
46. Garcia-Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *Lancet* 2002; 359(9316):1509-1514.
47. Ellsberg M, Clavel Arcas C. Informe final. Sistematización del proyecto de OPS: hacía un modelo integral de atención para la violencia intrafamiliar en Centroamérica [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2001. 43 p. Disponível em: <http://www1.paho.org/Spanish/ad/ge/LessonsFinal.pdf>
48. Hermann A. Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, FIOCRUZ, Instituto Fernandes Figueira; 2016. 55 p.
49. Maximiano ACA. Introdução à Administração. São Paulo: Atlas; 2000. 448 p.

Recebido: 07/05/2017

Revisado: 14/07/2017

Aceito: 01/08/2017

