

1 - Integralidade em saúde e os homens na perspectiva relacional de gênero

Lilia Blima Schraiber
Wagner dos Santos Figueiredo

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SCHRAIBER, LB., and FIGUEIREDO, WS. Integralidade em saúde e os homens na perspectiva relacional de gênero. In: GOMES, R., org. *Saúde do homem em debate* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011, pp. 19-38. ISBN 978-85-7541-364-7. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Integralidade em Saúde e os Homens na Perspectiva Relacional de Gênero

Lília Blima Schraiber e Wagner dos Santos Figueiredo

Pretende-se trabalhar o conceito de 'integralidade em saúde', em termos de sua origem e desenvolvimento atual, mostrando-se de que modo contribui para pensar a interdisciplinaridade em saúde, quer para a abordagem de novos objetos de conhecimento, quer para propor intervenções nos serviços.

O novo objeto em tela dirá respeito à tomada das necessidades de saúde e demandas de atenção que os homens frequentemente portam, mas problematizadas da perspectiva de gênero. Esta perspectiva significará considerar os exercícios das masculinidades, expressões concretas e diversas relativamente ao modelo identitário hegemônico. Isto significa ora reiterar, ora negar aspectos desse referencial hegemônico e que, na saúde, são conexos ao reconhecimento, por parte dos indivíduos do sexo masculino, de suas necessidades e à forma de apresentação destas em demandas para os serviços.

Com isso já se afirma, mesmo que preliminarmente, que há um modo particular como os homens reconhecem e apresentam questões ligadas ao processo saúde-doença nos serviços, até mesmo quando deixam de qualificar certas situações vividas como atinentes à sua saúde ou seu adoecimento, e, neste caso, evitando a busca pelos serviços de saúde. Especial atenção merecerão as problemáticas da prevenção e promoção da saúde, com suas questões bastante ligadas ao cuidado, de si ou de outros.

O destaque à atenção primária é significativo, uma vez que os homens valorizam menos e estão menos presentes, como usuários, nas unidades básicas de saúde, que são os serviços que representam essa atenção. Da mesma forma isto ocorre com o cuidado. Mais do que os

tratamentos das doenças, a valorização do cuidado tem sido reiteradamente apontada como questão a se criticar no modo como os homens lidam com sua saúde (Schraiber, Gomes & Couto, 2005; Figueiredo, 2008).

Faz-se um recorte de aproximação dessa problemática, refletindo-se de que modo a integralidade pode se inscrever em algumas questões que cercam homens adultos e em situação de conjugalidade ou parcerias afetivo-sexuais, tais como sua saúde reprodutiva e sexual. Estas temáticas permitem estabelecer um diálogo com a saúde reprodutiva e sexual das mulheres, tomando por base o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism). A importância desse diálogo é dupla. Primeiro, pelos aspectos de gênero, tomado como conceito tradutor de uma realidade imediatamente relacional entre homens e mulheres. Além disso, por ter sido o Paism o primeiro programa a formular e implementar a integralidade em saúde no plano das práticas profissionais, concebidas estas como o agir técnico e assistencial, isto é, o plano imediato do atendimento aos casos. É neste plano que também buscou incidir o Paism como proposta crítica e de renovação da redução biomédica das necessidades de saúde das mulheres, o que se retoma mais adiante.

O trecho a seguir, transcrito de relatório de pesquisa de estudo sobre as desigualdades de gênero no Programa de Saúde da Família em Recife (Tavares *et al.*, 2004), é um bom exemplo dos aspectos de gênero com que se quer trabalhar aqui.

Dizem que, em geral, quando chegam no posto, "eles ficam um pouco sem jeito", que estão "trazendo [os homens] aos poucos" mas que é um "trabalho lento" porque "homem é cabecinha dura". Relatam outros casos, sempre nomeadamente e a partir da mulher: o marido de fulana, por exemplo. A ACS resume: "não é todo homem que vem no posto, mas a gente vai trazendo na medida do possível. (...) Outra lembra a vergonha, homem tem vergonha de vir ao médico ou dentista. O trabalho é outro argumento bastante usado por profissionais e usuários como razão para a menor frequência de homens às unidades. Me ocorre que ir ao serviço é coisa para mulheres, velhos e desocupados, e os homens não querem este lugar de jeito nenhum. Homens usam o serviço mais para curativo, dentista e outras coisas consideradas "importantes". A maioria dos profissionais acha que eles não gostam de falar de suas vidas, não colaboram nos cuidados relativos à prevenção de DST e planejamento familiar, não se cuidam e não previnem as doenças. (Tavares *et al.*, 2004: 49)

Os primeiros resultados da pesquisa mencionada encontram-se em Silva (2005) e Schraiber (2005).

Saúde e Integralidade

Situando melhor esta noção de integralidade, pode-se considerá-la como referência, ao mesmo tempo produto e produtora de um projeto particular no campo da saúde, o da saúde coletiva. Será importante conceituar 'projeto', pois dará base de compreensão da perspectiva não apenas técnica ou profissional da integralidade, mas também política, em que a integralidade passa a ser uma proposição de reforma da saúde e da sociedade. Esta última, como se vai ver, implicará outra perspectiva cultural relativamente àquela que é hegemônica no campo. Em outros termos, trata-se de abordagem que dirá respeito a uma perspectiva diversa da medicalização de base biomédica dos determinantes sociais do adoecimento ou dos problemas de saúde em geral, para a definição e tomada das necessidades de saúde da população, o que se examinará para a saúde dos homens em particular.

A definição sartriana de projeto (Sartre, 1987) permite a passagem da ação para o agir. Dá destaque, assim, à intenção e ao desempenho do sujeito quando este realiza uma ação. Isto quer dizer que o sujeito é capaz de modificar o curso da ação, como consequência de decisões e escolhas que venha a realizar ao longo dessa mesma ação.

Todo agente de uma ação, ao colocar-se como sujeito, pode, pois, inová-la ao tempo em que a realiza, mesmo que se trate de proceder bastante predefinido, como o é uma técnica científica, e mesmo que seja delimitado quanto às possibilidades de sua execução pelos recursos existentes nos contextos de sua produção, tal como se verifica em muitos dos serviços de saúde.

Sem negar os constrangimentos que o modo dominante das relações sociais de produção impõe a toda prática social, na adesão à teoria marxista da produção social, Sarte fala de um agente empreendedor, que cria e abre perspectivas futuras mesmo reproduzindo as exigências do mundo exterior, a objetividade social. Isto porque, ao reproduzir tais exigências, como resultado do processo de aculturação na sociedade em que vive – o que, no caso dos profissionais da saúde, também é dado pelo aprendizado escolar de profissionalização –, o agente imprime mudanças e marcas nesse mundo exterior. São marcas que traduzem a intencionalidade de sua ação

tanto em decorrência das representações forjadas em experiências pregressas – significados que já detém sobre a realidade e que atualiza a partir de sua interação com ela – quanto pela perspectiva implícita nesses significados: a de realizar um futuro, isto é, de conquistar o ideal perseguido ou o dever-ser esperado, o que corresponderá à sua ideologia ocupacional (Chauí, 1982).

Sartre (1987) fala em movimentos conjuntos de “interiorização do exterior” e de “exteriorização do interior”. Essa exteriorização, após a interiorização da realidade objetiva, é o processamento dessa realidade, então negada e superada, e seguida de nova objetivação sob a forma de projeto.

Ao conceber projeto como mediação entre dois momentos de objetividade, Sartre define a prática como uma passagem da objetividade primeira à nova objetividade, através da interiorização. A postulação de dois movimentos recíprocos entre o exterior e o interior do sujeito serve para refletir sobre as interações desse sujeito com a realidade material e desse sujeito individual com o coletivo social e suas normas. Trata-se da dialética que articula o sujeito social às estruturas, articulação que também se adota não só com base nos estudos de Marx sobre as relações de produção no capitalismo, indicando a marca histórica e social de toda prática, mas também com base nos estudos específicos do campo da saúde sobre a medicina ou a saúde pública (Donnangelo, 1976; Mendes-Gonçalves, 1984, 1994; Nogueira, 2007; Schraiber, 1993, 2008; Ayres, 1995). Estes autores demonstram e conceituam, em releituras de autores tão diversos como Clavreul (1983), Polack (1971), Foucault (1977, 1984), Illich (1975), Conti (1972), Rosen (1983), Sigerist (1974) e Canguilhem (1982), a socialidade e a historicidade das práticas de saúde, quer como produção de conhecimento, quer como trabalho social.

Tomada esta formulação como um todo, a noção de projeto permite compreender as práticas de saúde como parte das práticas sociais, alinhando-se histórica e socialmente em suas concretizações técnicas e científicas. Mas, principalmente, projeto permite postular esse alinhamento de modo processual, relativizando a determinação estrutural que deixa de ser absoluta e mecânica e passa a ser movimento. Este é dialético, com tensões entre aspectos diversos e contrários, o que se pode enunciar como: as práticas de saúde reproduzem, sem apenas reiterar, mas pondo em dinâmica de negação e, portanto, em movimento, o modo de vida social. Ou, como já dito acerca da prática médica:

não se toma a presença do social nas práticas como uma determinação mecânica, ou seja, não basta conhecer as questões sociais para que se reconheçam as da medicina, mas parte-se da ideia de que o social na medicina está nas peculiaridades da própria medicina, e não em sua repetição direta, o que permite ver dentro dela a vida social sendo vivida de modo particular. Se assim não fosse, o resultado seria um descaminho para se conhecer a prática em seu lado técnico, uma vez que esse lado "interno" se transformaria em mero reflexo de seu exterior. O uso mecânico das determinações sociais desqualifica o conhecimento das peculiaridades das situações particulares que pertencem ao social, impedindo, por exemplo, de se conhecer a realidade técnica e tecnológica do trabalho médico como prática social. Esse uso mecânico também impede que se conheçam processos de subjetivação, isto é, passa-se a tomar os profissionais, por exemplo, como mero produto das condições de trabalho ou recursos-objetos da própria técnica, tornando o médico um agente não atuante e totalmente determinado pela organização de seu trabalho. (Schraiber, 2008: 36-37)

É evidente, aqui, uma certa aproximação com os conceitos de *habitus* e de reprodução de Bourdieu (1974, 1996), quando o autor, de significativa presença na produção intelectual do campo da saúde coletiva, trata de um agente de prática ao mesmo tempo reproduzidor da estrutura em que se insere e inovador.

Assim, no caso dos profissionais de saúde, projeto significa a busca de realização dos ideais de profissão, momento em que cada profissional como agente de prática de sua área de atuação, relaciona-se com as referências sociais e históricas de produção. Ou, nos dizeres de Ayres (1995: 78):

O projeto é, portanto, a expressão abstrata dessa vontade que é ao mesmo tempo social e individual. Social porque só adquire realidade como processo coletivo (...). O projeto só é projeto porque se situa tensamente entre possibilidades e necessidades diversas, por referência a um mesmo campo de práticas. Por outro lado, essa diversidade está fundada na singularidade dos indivíduos, a qual só se define como tal contra o pano de fundo dos coletivos em que estão mergulhados.

Para o campo da saúde, tomado como o coletivo desses profissionais, o projeto representa a busca de realização dos princípios de sua estruturação

e vida como campo, buscando realizar ideais propostos para as práticas de saúde em seu conjunto e como conjunto. Essa proposição de ideal é cunhada por intelectuais que o formulam na qualidade de representantes legitimamente reconhecidos pelo movimento social que cria e desenvolve o próprio campo (Paim, 2008). Com isto se quer evidenciar a existência de 'intelectuais orgânicos de projeto' (Gramsci, 1968) do campo da saúde, já advertindo da igual existência de disputas internas ao próprio campo, entre diversas correntes de pensamento profissional e ideologias ocupacionais. Basta lembrar, nesse sentido, os projetos tão distintos envolvidos na saúde, tais como os da medicina e os da saúde pública, bem como os internos a cada um desses subcampos (Campos, 1988; Donnangelo, 1975; Nogueira, 1984; Merhy, 1992; Paim & Almeida Filho, 2000; Paim, 2007).

A proposta da integralidade será, então, um desses projetos em disputa no campo. Por se configurar de modo bastante peculiar no Brasil, a saúde pôde construir um subcampo, a saúde coletiva, com pretensões de realizar do ponto de vista ético, político, administrativo e tecnológico-assistencial uma articulação de seus segmentos internos, tal que resultasse em trocas interativas e cooperações entre seus diferentes conhecimentos, práticas, agentes e instituições da produção social de assistência médica ou sanitária.

Historicamente desenvolve-se no país uma dinâmica muito particular da relação entre dois grandes domínios de atuação, ou subcampos de competência, relativos aos processos saúde-doença e que cedo, na modernidade, se estruturam e se individualizam: o domínio sobre o adoecimento individualmente considerado e aquele de base populacional ou coletiva. O primeiro corresponde à medicina – seu saber, sua prática, seu modo de produzir a assistência, seus profissionais (ou agentes do saber e da prática), sua reprodução através da produção científica e tecnológica de conhecimentos, sua contínua formação de agentes nas escolas, nos sistemas de divulgação e a permanente disseminação de seu saber, aculturando também continuamente a sociedade na qual se dá como campo de prática social. O outro domínio mencionado, e que toma o adoecimento em sua dimensão coletiva, é a saúde pública, igualmente com os componentes já citados para a medicina, os quais, tal qual nesta, constroem a conformação de campo de práticas de saúde, desta feita, para o coletivo da sociedade.

Assim, embora ambos os domínios tratem dos processos de adoecimentos e recuperações, dizendo respeito nessa esfera mais geral à mesma realidade concreta, o modo como cada qual se aproxima dos

adoecimentos, explica-os e propõe intervenções é bastante diverso (Mendes-Gonçalves, 1994). Também o serão a perspectiva da prevenção do adoecimento e a da promoção da saúde, as quais, tomadas do ponto de vista individual, orientam-se para disciplinas e comportamentos pessoais (o estilo de vida e o comportamento de risco) e, do ponto de vista coletivo, para mudanças da produção social de bens e produtos em geral, e equanimidades de acesso e consumo destes (Rose, 1988). Assim, haverá sempre grandes diferenças entre aconselhar o indivíduo a não fumar ou beber ou se alimentar de forma mais saudável e implementar políticas e normas legais que disponibilizem a toda a população alimentos livres de agrotóxicos e outras químicas, ou ambientes saudáveis em qualquer espaço etc.

Uma maior articulação e cooperação entre as práticas da medicina e as da saúde pública esteve logo, portanto, entre as primeiras pretensões da saúde coletiva e na qual reconhecemos a temática da 'integração médico-sanitária' (Mendes-Gonçalves, 1994). No entanto, o projeto não se esgota aí.

Nascendo de uma crítica à medicina e à saúde pública hegemônicas nos anos 70 e com pretensões políticas de reforma social, a saúde coletiva abraça a problemática dos direitos humanos e sociais, assim como a elaboração de projetos e políticas de maior equidade social, revelando-se mais do que uma reforma do sistema de atenção à saúde (Paim, 2008). Dispôs-se, desde a origem, a trabalhar explicitamente com duas articulações: a da medicina com a saúde pública, há pouco mencionada, e a dos saberes de cada qual com as respectivas práticas na rede de serviços. Nisto, criticou e tornou explícita a ausência dessas articulações. Trata-se, assim, de um pensamento que argui exatamente a concepção de que dos saberes derivam mecanicamente as práticas assistenciais dos profissionais em medicina e em saúde pública, e a concepção de que a própria saúde pública deriva da medicina.

A saúde coletiva propôs duas mudanças: uma reorientação da saúde pública tradicional, em aproximação da medicina, mas também uma reorientação desta última. Aproxima-se da crítica à fragmentação do ato médico e sua progressiva especialização, configurada nos movimentos americanos de reforma médica e que formularam as propostas de medicina integral, medicina preventiva e medicina comunitária. Estes buscaram uma medicina mais compreensiva, holística, em torno ao 'todo biopsicossocial' (Donnangelo, 1976), de que decorrerá uma certa disposição interdisciplinar

relativamente, senão às ciências sociais e humanas como um todo, ao menos às chamadas ciências do comportamento e no sentido complementar ao enfoque estritamente biomédico operado pelas ciências que dão base à medicina.

Já com a crítica à própria medicina preventiva ali proposta, pela construção conservadora e liberal de saúde como questão individual e não social (isentando o Estado de qualquer responsabilidade em seu provimento ou regulação), a saúde coletiva comprometerá seu projeto interdisciplinar em outro sentido (Arouca, 2003). Valorizará as ciências sociais e humanas mais voltadas às questões éticas e políticas do social, em resgate à ideia de medicina social (García, 1985) e articulará sua interdisciplinaridade em um projeto diretamente político, na conquista de direitos de cidadania e na democratização da assistência e benefícios da medicina e da saúde pública.

O termo 'coletiva' adicionado à saúde pretendeu anunciar esta crítica à soberania do individualismo, ressaltando os deveres do Estado para com sua população. Com isto, a saúde coletiva não delimitou seu escopo de atuação ao plano do espaço público da sociedade, expandindo sua competência para os domínios tradicionais da medicina, com sua assistência à vida privada e ao individual. Trata-se de uma integração médico-sanitária agora reorientada para o compromisso ético-político da equidade social, já revendo seu termo 'medicina' quanto à integração multidisciplinar e multiprofissional.

Essa origem é datada e corresponde a um movimento social de época. Emergindo nos anos 70, a saúde coletiva constituiu-se no país no período da ditadura militar e das lutas por melhores condições de vida, contra a pobreza e a carestia. Toda uma cooperação ocorrerá entre os pesquisadores das universidades e os militantes dos movimentos sociais para a democratização do próprio Estado.

A saúde coletiva, assim, estabelece-se como subcampo da saúde com projeto de reforma sanitária e de reforma social, no qual incluía a reforma do próprio Estado (Paim, 2008). Propôs novas políticas de saúde, novas modalidades de organizar e distribuir a produção da assistência à população, em novas modalidades institucionais de prestar serviços de saúde e, ainda, novas aproximações das necessidades de saúde.

Esse conjunto é conhecido como 'novo modelo de atenção em saúde' (Paim, 2007). Pode-se especificá-lo melhor: novo modelo 'assistencial' e 'tecnológico', sendo esses dois termos qualificadores de uma separação apenas

explicitadora das duas dimensões que necessariamente encerra – a produção social da assistência com questões dos direitos de acesso e equidade assistencial; as práticas profissionais (técnico-científicas) e suas organizações na produção dos trabalhos médico e sanitário para a sociedade.

Neste movimento que é técnico, por seus saberes e práticas, e também político, a saúde coletiva abre-se ao social e ao cultural para compor o conceito de integralidade. Nos dizeres de Paim (2007:15), a integralidade, por essa origem e desenvolvimento, diz respeito a

pele menos quatro perspectivas: a) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; b) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social; c) como garantia de continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; d) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças (Reforma Urbana, Reforma Agrária etc.) que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial.

Nessas considerações do autor, fica claro que a saúde coletiva também, progressivamente, constitui como sua competência produzir conhecimentos e atuar nas políticas de saúde, no planejamento, gestão e avaliação dos serviços, e no provimento de atenção integral à saúde da população em todos os seus segmentos.

Pode-se dizer, assim, que o projeto da integralidade não somente está em cada uma dessas três esferas de atuação (a dimensão das políticas, do planejamento e gestão e das práticas profissionais), mas também as perpassa, buscando articulá-las entre si (Schraiber, 1995). E, em consonância com os próprios postulados gerais do campo, como reiteram Pinheiro e Mattos (2001), a integralidade relaciona-se a um ideal de sociedade mais justa e solidária, aderindo a valores pelos quais vale a pena lutar.

Pinheiro e Mattos (2001) reconhecem igualmente as três esferas em que deve incidir o projeto da integralidade, apontando que ela, em seus vários sentidos, dirá respeito a uma boa prática profissional, ao modo de organizar as práticas de saúde e às políticas de saúde. O primeiro se refere ao modo ampliado de acolher as necessidades dos usuários, procurando produzir tanto ações de prevenção, como responder às demandas. Por outro lado, alertam que as necessidades não se limitam ao

adoecimento, mas configuram questões relacionadas a aspectos da vida cultural e social consideradas relevantes para a qualidade da saúde.

Já como organização dos serviços, os autores apontam para uma série de articulações desejáveis: das ações de saúde pública com ações médico-assistenciais; da demanda espontânea com a programada pelas políticas de saúde, requerendo, ainda, o concurso de diferentes especialidades médicas e de diferentes profissionais, em trabalho de equipe. Para que a integralidade se estabeleça, é necessário assumir, como ponto de partida, a perspectiva de um diálogo entre diferentes sujeitos e diferentes instituições e seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde, buscando intervenções diversas e ampliando os horizontes dos problemas a serem tratados pela política de saúde. Entre os exemplos desse tipo de integralidade, Pinheiro e Mattos (2011) apontam o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism), um dos pioneiros deste tipo de política, e o Programa Nacional de Aids, mais recentemente.

Pode-se afirmar, assim, que, desde os anos 80, a integralidade em saúde vem sendo colocada como questão, nas políticas governamentais, em programas de intervenção e no discurso dos intelectuais da saúde coletiva, constituindo, na atualidade, um dos temas sob forte debate (Pinheiro & Mattos, 2001, 2003). Já foi pensada em termos mais restritos de uma articulação entre aparatos institucionais prestadores de serviços, como a integração entre os setores público e privado na produção da assistência médica, ou entre os subsetores de saúde pública e de medicina previdenciária, no interior do próprio setor público de serviços. Depois, foi pensada também como um problema de gerência interna dos próprios serviços. De qualquer modo, esteve sempre explicitada como intenção e necessidade da ação pública, até erigir-se em um dos princípios do próprio Sistema Único de Saúde brasileiro, o SUS, em que tão presente esteve a saúde coletiva.

A integralidade em saúde desenvolveu-se mais no plano macrossocial das políticas, desenhando outro e melhor 'modelo assistencial'. Em contrapartida, maturou-se menos em proposições reformadoras das práticas profissionais: a 'boa prática em saúde', questão em debate já no século XXI, sob os auspícios, sobretudo, do movimento de humanização e do conceito de 'cuidado em saúde', mesmo que este último seja, ainda, um conceito bastante polissêmico (Ayres, 2004; Deslandes, 2006; Pinheiro & Mattos, 2005).

Por isso, dir-se-á que a integralidade oferece, atualmente, a possibilidade de se pensar melhor o agir profissional e os cuidados em saúde, revitalizando as ações técnicas como construções técnico-científicas e construções humanas de intervenções. Na perspectiva de integrar, leva ainda a outra renovação: a da concepção de 'eficácia técnica', em que não só o produto da ação ou o tratamento das doenças está em jogo, mas também a própria relação interativa do profissional com os usuários. Trata-se da valorização da interação como participante da eficácia técnica. Pode-se dizer: cada profissional terá de romper com sua autonomia absoluta, com sua total independência de decisão, para uma autonomia interdependente em que partilha a tomada de decisões e a elaboração do projeto terapêutico com outros, incluindo-se aí o próprio usuário ou paciente.

A integralidade remete, sem dúvida, para o trabalho em equipe. Neste, a integralidade traz duas importantes contribuições que passam a reestruturar a questão do trabalho em equipe de forma nova: a de que as ações técnicas são também trocas intersubjetivas e comunicação, e a de que as ações de cuidado não são apenas dependentes do conhecimento e dos saberes técnico-científico específicos. A integralidade não se resume, pois, a uma interdisciplinaridade e esta não esgota o trabalho em equipe, o qual deve conter a articulação das ações profissionais e a interação (agir comunicativo) interprofissional.

Caberia lembrar que, ao se trazer a dimensão interativa para o interior das ações, este processo termina por colaborar também no sentido da revitalização da própria esfera da política e da gerência dos serviços e seus modelos de gestão. A interação como problema remete imediatamente à discussão ética das ações propostas e, nisto, permite refletir criticamente sobre a política e seu caráter público, bem como sobre as instituições e a legitimidade de suas normatizações. A comunicação, criticada no plano das relações entre profissionais e seus pacientes, ou dos profissionais entre si, surge também como questão de relacionamento entre o Estado e a sociedade ou entre gerentes e profissionais. A problemática da integralidade no plano dos cuidados repercute assim nestes outros âmbitos das ações em saúde.

Pensar a relação que articula a política, a gestão e as práticas profissionais, mas partindo desta última para alcançar as primeiras, é uma aproximação pouco usual nas discussões acerca dos modelos assistenciais e da própria questão da integralidade em saúde, geralmente problematizada, sobretudo, como política e gestão. Quer-se chamar atenção para o movimento e contribuição próprios da construção do

Paism, posto ter buscado reorientar a assistência e sua política desde a indagação assentada diretamente no objeto de intervenção das práticas profissionais e suas ações técnicas: a quem pertence o corpo das mulheres?

Gênero e Integralidade

O início da postulação das questões de gênero na saúde pode ser demarcado com a proposição do Paism, nos anos 80. Este programa, ao ser parte da Reforma Sanitária e do campo da saúde coletiva em consolidação, foi construído na articulação dos profissionais da saúde coletiva com o movimento social feminista. Sustentou, pela primeira vez, a necessidade de uma atenção integral ao sujeito mulher que escapasse da sua tradicional redução à função reprodutiva.

Seu movimento primeiro é a crítica à saúde reprodutiva no modo pelo qual se tomava a própria mulher como alvo da medicina e suas práticas. Caracterizou um movimento crítico à abordagem biomédica da mulher apenas em sua condição materna, medicalizando o corpo feminino ao reduzi-lo à sua capacidade reprodutora, ao mesmo tempo que reduzia e reforçava culturalmente a atribuição de mãe como identidade social feminina.

A formulação da saúde da mulher em termos de um materno-infantilismo daria conta no plano simbólico e material de toda essa construção, vigente desde o século XIX até a década de 1980. Nela não há questão feminina para a saúde sem crianças, não havendo, então, necessidades de saúde fora da reprodução.

Já bem estudada, esta é uma estratégia biopolítica de atuação e controle das populações, inserindo a mulher como responsável por essa atribuição, a princípio de ter filhos e depois de planejar quando e quantos tê-los, na disciplina da contracepção. Pode-se observar, desde aí, a distinção e separação entre reprodução biológica e sexualidade, situações que concretizam as relações e desigualdades de gênero nas sociedades.

Em oposição e com o lema 'nosso corpo nos pertence' (Correa & Ávila, 2003), é que se proporá a nova abordagem da mulher e de sua saúde, elaborando-se o Paism. Cronologicamente posterior no campo, ainda que não nos movimentos feministas, inscreve-se a questão da violência de gênero contra a mulher. Emerge em meados dos anos 70, quando o movimento feminista contrapõe à tese jurídica da 'legítima defesa da honra', o lema 'quem ama não mata', opondo-se aos crimes em que os maridos poderiam ser absolvidos judicialmente do assassinato de suas

esposas (Barsted, 2003). Na saúde, a partir principalmente dos anos 90, a violência pode ser considerada questão, ainda hoje, polêmica como necessidade de saúde e parte dos temas invisíveis nos serviços de saúde (Kiss & Schraiber, 2011).

Embora inscrita como tema geral, para a violência não são formuladas de início ações específicas de atenção, o que se desenvolverá notadamente a partir da segunda metade da década de 1990. Todavia, a integralidade, expressa no nome do programa, já antecipava a futura inscrição, pois, embora com diversas interpretações e encerrando diversos sentidos (Villela & Monteiro, 2005; D'Oliveira & Senna, 2000), a atenção integral das mulheres ali proposta indaga, pioneiramente, a abordagem da mulher não apenas como um corpo anatomofisiológico, mas como um sujeito social dotado de direitos. E o projeto de integralidade, neste caso, trouxe, para as práticas de saúde, entre outras questões que definem um sujeito social, as da desigualdade de gênero, articulando de imediato o agir profissional com a política pública diante de tais desigualdades.

Esta inicial postulação de gênero, como olhar estruturador da aproximação das necessidades de saúde e das propostas assistenciais para satisfazê-las, dá-se a princípio voltada para as mulheres. Os homens, como objeto específico de atenção à saúde, só seriam considerados em perspectiva similar vinte anos mais tarde (Schraiber, Gomes & Couto, 2005).

Também neste caso da perspectiva de gênero, a crítica das práticas profissionais e do modelo assistencial é dirigida às reduções das necessidades dos sujeitos e das determinações socioculturais de seu adoecimento à dimensão biopatológica, que faz parte dessas necessidades, sem, contudo, esgotá-las. A essa racionalidade, oriunda da medicalização do social, também na perspectiva de gênero (Vieira, 2002), opõe-se criticamente o projeto da integração de saberes e ações e de interação de seus agentes.

Mas em que aspecto ou dimensão das práticas profissionais tal projeto poderia ser executado?

Retome-se aqui a discussão anterior sobre a própria noção de projeto e a inscrição de sua possibilidade enquanto agir profissional mais do que a execução de ação como aplicação rotineira e mecânica dos saberes técnicos e científicos. Com base no conceito de agir profissional, podemos ressignificar as próprias ações concretamente operadas no cotidiano dos serviços, pois, como se viu, estas incluem a perspectiva da subjetividade dos agentes das práticas. As ações desenvolvidas são produto, portanto,

também das representações, concepções e crenças que os profissionais e mesmo a clientela detêm acerca das questões de saúde e, nelas, das relações de gênero (Schraiber, 2005). Em outros termos, se a organização e os saberes técnico-científicos atuam como dispositivos objetivamente estruturadores das ações, a subjetividade dos agentes do trabalho em saúde também conforma suas práticas, reorientando elementos do saber ou mesmo da organização objetiva da prestação de serviços e desenvolvimento dos trabalhos na unidade de saúde.

É também por essas especificidades do agir profissional que, mesmo sem conceberem, esses agentes reproduzem as representações de gênero tradicionais da sociedade, reproduzindo suas desigualdades de poder e valor, e reiterando na saúde as repartições de atribuições e expectativas para as identidades masculinas e femininas (Schraiber, 2005).

Por isso veremos que, se homens e mulheres são também, perante a saúde, sujeitos desiguais, desde o valor do adoecer às atribuições de cuidado de si e de outros, o atendimento a mulheres e homens na atenção primária reitera as desigualdades. Esse atendimento reproduz, em diversos sentidos, as relações sociais mais gerais, desde a forma com que são tomadas as necessidades de saúde de homens e mulheres na assistência cotidiana, bem como são elaboradas suas propostas terapêuticas.

É reconhecida pela literatura (Schraiber, Gomes & Couto, 2005), por exemplo, a atribuição de cuidados domésticos exclusivamente às mulheres. Assim, ocupar-se dos afazeres na lida da casa, da educação das crianças, do cuidado dos idosos, além de cuidar dos doentes, seriam responsabilidades das mulheres, isentando-se os homens dessas tarefas por terem a atribuição de provedores, trabalhando fora da casa para o sustento da família, atribuição tida como mais importante do que a lida doméstica e realizada por muitos anos exclusivamente como tarefa masculina.

Ao mesmo tempo, também é reconhecida a quase interdição dos homens ao cuidado de si, da perspectiva mais preventiva, devendo apenas ausentar-se do trabalho somente em condições de graves adocimentos (Schraiber, Gomes & Couto, 2005). Os serviços de saúde, em particular a atenção primária, são vistos culturalmente como o espaço das mulheres, com a assistência para si mesmas, trazendo as crianças e representando seus parceiros ou os outros homens da casa (Vilela & Monteiro, 2005; Figueiredo, 2005).

Parte da questão da integralidade no caso masculino reside, então, nas mesmas operações redutoras de suas necessidades de saúde ao corpo anatomopatológico, como ocorre com as mulheres, ainda que, neste caso, este corpo deverá servir, tal qual historicamente se constituiu, como força de trabalho nas indústrias e força física dotada de agressividade de combate como instrumento dos exércitos. No caso masculino, valoriza-se a qualidade de vigor físico, surgindo, em decorrência, uma sexualidade imperativa, demonstração obrigatória de poder, e não como exercício da vontade do sujeito. Essa representação social do masculino contrasta com aquela do feminino, cujo imperativo é a reprodução biológica, o controle da sexualidade e a disciplina dos cuidados.

Essas representações indicam, de outro lado, que também os homens são alvo de naturalização no plano do conhecimento científico, e tal qual as mulheres, são reduzidos a uma dimensão biológica na qual imediatamente se acoplam as atribuições de gênero, culturalmente dadas enquanto corpos de determinado uso social.

Essas atribuições de gênero, que mais parecem ser essências naturais dos indivíduos deste ou daquele sexo do que construções socioculturais, terminam por conformar também a abordagem que as práticas assistenciais em saúde farão dos homens e das mulheres. Note-se a grande preocupação, nos serviços de saúde, em prontamente reparar a força física dos corpos masculinos e, como contrapartida, por aculturação dos próprios homens em sua naturalização, o valor maior que eles atribuem aos serviços de emergência e hospitais, que são os que mais procuram.

A crítica que o projeto integralidade em sua nova aproximação ora realiza não se dirige exatamente à eficácia desses serviços, embora também questione uma representação de assistência eficaz reduzida ao atendimento ao corpo físico e descuidada de uma aproximação intersubjetiva com os homens que procuram esses serviços. A crítica se dirige, sobretudo, à formulação ideológica e política que lhe é subjacente: sua exclusividade como potência de assistência e cuidados. E isto mesmo quando, diante das problemáticas de prevenção dos adoecimentos e principalmente das de promoção da saúde, essa abordagem reduzida à naturalização biomédica mostra nítidas insuficiências.

A pretensão crítica leva a sair da aproximação técnico-científica dos homens como indivíduos dotados de corpos de sexo masculino para abordá-los como sujeitos em exercícios de masculinidades (Schraiber, Gomes & Couto, 2005), exercícios esses que delimitam o domínio de uso

e significação de seus corpos. Todavia, se essa nova forma de abordar amplia o escopo do conhecimento, também torna presente a necessidade de se questionar a modalidade hegemônica de eficácia assistencial, como dito. Delimitar o que seria uma 'precisa intervenção' e uma 'intervenção eficaz', em uma atenção integral voltada para necessidades de saúde em função dos exercícios das masculinidades e das feminilidades, já estendendo a mesma questão para a integralidade em saúde na atenção às mulheres, é algo que ainda deve ser mais trabalhado.

Cabe aqui assinalar que, relativamente às mulheres, os homens não tiveram seu corpo, não enquanto corpo reprodutor, tomado pelas estratégias biopolíticas de controle e disciplina reprodutiva, não se constituindo, para eles, uma problemática de recuperação de domínio de sujeito nessa dimensão. A temática aqui tratará de uma liberdade do corpo reprodutor que se articule à responsabilidade individual e social. Vale dizer, trata-se da paternidade (Gomes, 1998; Schraiber, Gomes & Couto, 2005) a ser exercida, assim, de forma mais interativa com a mulher e mais participativa nas questões do cuidado e educação dos filhos, cujo lema estaria na 'paternidade responsável'.

Se os homens não tiveram, na perspectiva da reprodução, seus corpos controlados e disciplinados tal como as mulheres, não se pode esquecer o que representa a operação redutora do corpo masculino à sua força física (força de trabalho de um corpo-máquina), para os processos de integração de cuidados que caminham na direção da promoção e prevenção da saúde.

Ou seja, se o que os caracteriza é a sua força motriz capacitante e impulsionadora para a produção e reprodução social pelo trabalho, há, de certa forma, um controle do corpo masculino. Um controle ao inverso das mulheres, em que não se valoriza a possibilidade de se cuidar, mas sim a não necessidade do cuidado contínuo, restando apenas a 'reposição de peças' quando elas já não estão dando conta das exigências do trabalho social. A promoção, a prevenção e o cuidado de si não serão, neste enfoque, valorizados como questão masculina, o que deverá ocorrer sob a perspectiva da atenção integral.

Da circulação mais livre do corpo masculino decorre também maior liberdade na esfera das relações afetivo-sexuais e da vida doméstica. É, assim, facultada, aos homens, grande circulação em exercícios da sexualidade. Além disso, esta liberdade também está alocada no interior de um padrão fixo de sexualidade, o heterossexual. Encontrar-se-á,

portanto, novamente levando em conta a história das mudanças ocasionadas pela categoria gênero na saúde das mulheres, a saúde sexual como outra grande temática para o projeto da atenção integral também dos homens, ainda que com sentidos diversos.

Deve-se destacar, neste caso, em especial a relação entre o exercício da sexualidade e a interação afetiva, temática ainda não problematizada na saúde dos homens.

Reprodução e sexualidade, juntos, compõem os grandes temas da saúde da mulher até praticamente o final da década de 1990. Constituem também os grandes temas para a saúde dos homens. A violência, por sua vez, ainda que seja uma questão completamente articulada a esses temas, ainda encontra mais dificuldades de se incorporar, em ambos os casos. Adicionalmente, temas como 'cuidado' ou os da conexão entre a sexualidade e as interações mais simétricas de sujeitos afetivos, por referência a parcerias estáveis ou não, e que constituem reflexões críticas centrais sobre as relações de gênero e suas desigualdades, são ainda pouco desenvolvidos. Acolhê-los viria, sem dúvida, a acrescentar ainda mais qualificações de gênero na integralidade em saúde.

Referências

- AROUCA, S. *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo, Rio de Janeiro: Editora Unesp, Editora Fiocruz, 2003.
- AYRES, J. R. C. M. *Epidemiologia e Emancipação*. São Paulo: Hucitec, Abrasco, 1995.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(3): 16-29, 2004.
- BARSTED L. L. O campo político-legislativo dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil. In: BERQUÓ, E. (Org.). *Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Editora Unicamp, 2003.
- BOURDIEU, P. *A Economia das Trocas Simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 1974.
- BOURDIEU, P. *Razões Práticas: sobre a teoria da ação*. São Paulo: Papirus, 1996.
- CAMPOS, G. de S. *Os Médicos e a Política de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1988.
- CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982.

- CHAUÍ, M. de S. *O que É Ideologia*. São Paulo: Brasiliense, 1982. (Coleção Primeiros Passos, 13).
- CLAVREUL, J. *A Ordem Médica*. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- CONTI, L. Estrutura social y medicina. In: ALOISI, M. et al. (Orgs.). *Medicina y Sociedad*. Barcelona: Libros de Confrontación, 1972.
- CORREA, S. & ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, E. (Org.). *Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Editora Unicamp, 2003.
- D' OLIVEIRA, A. F. P. L. & SENNA, D. M. Saúde da mulher. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. & MENDES-GONÇALVES, R. B. (Orgs.). *Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- DESLANDES, S. F. (Org.). *Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e Sociedade*. São Paulo: Livraria Pioneira, 1975.
- DONNANGELO, M. C. F. Saúde e sociedade. In: DONNANGELO, M. C. F. & PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1976.
- FIGUEIREDO, W. S. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1): 105-110, 2005.
- FIGUEIREDO, W. S. *Masculinidades e Cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária*, 2008. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- GARCÍA, J. C. Juan César García entrevista Juan César García. In: NUNES, E. D. & GARCÍA, J. C. (Orgs.). *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: Opas, 1985.
- GOMES, R. As questões de gênero e o exercício da paternidade. In: SILVEIRA, P. (Org.). *Exercício da Paternidade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- GRAMSCI, A. *Os Intelectuais e a Organização da Cultura*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.
- ILLICH, I. *A Expropriação da Saúde*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- KISS, L. & SCHRAIBER, L. B. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3): 1.943-1.952, 2011. Disponível em: <www.abrasco.org.br/ciencias_audecoletiva/artigos/lista_artigos.php>.

- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Medicina e História: raízes sociais del trabajo médico*. México: Siglo XXI, 1984.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1994.
- MERHY, E. E. *A Saúde Pública como Política: um estudo de formuladores de políticas*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- NOGUEIRA, R. P. A ideologia médica neoliberal. *Saúde em Debate*, 15/16: 44-47, 1984.
- NOGUEIRA, R. P. *Do Físico ao Médico Moderno: a formação social da prática médica*. São Paulo: Editora Unesp, 2007.
- PAIM, J. S. *Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI*. Salvador: Edufba, 2007.
- PAIM, J. S. *A Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador, Rio de Janeiro: Edufba, Editora Fiocruz, 2008.
- PAIM, J. S. & ALMEIDA FILHO, N. *A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.
- PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado a Saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Abrasco, 2001.
- PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Abrasco, 2003.
- PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Abrasco, 2005.
- POLACK, J. C. *La Medicina del Capital*. Madrid: Fundamentos, 1971.
- ROSEN, G. A evolução da medicina social. In: NUNES, E. D. (Org.) *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983.
- ROSEN, G. Individuos enfermos y poblaciones enfermas. In: BUCK, C. et al. (Orgs.). *El Desafío de la Epidemiología: problemas y lecturas seleccionadas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1988. (OPS, Publicación Científica, 505).
- SARTRE, J. P. Questão do método. In: PESSANHA, J. A. M. *Sartre: vida e obra*. 3. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1987. (Coleção Os Pensadores).
- SCHRAIBER, L. B. *O Médico e seu Trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.
- SCHRAIBER, L. B. Políticas públicas e planejamento nas práticas de saúde. *Saúde em Debate*, 47: 28-35, 1995.
- SCHRAIBER, L. B. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa de Saúde da Família do Recife. In: VILLELA, W. & MONTEIRO, S. (Orgs.).

- Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão*. Rio de Janeiro, São Paulo: Abrasco, UNFPA, 2005.
- SCHRAIBER, L. B. *O Médico e suas Interações: a crise dos vínculos de confiança*. São Paulo: Hucitec, 2008.
- SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R. & COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1): 7-17, 2005.
- SIGERIST, H. E. *Historia y Sociología de la Medicina*. Bogotá: Guadalupe, 1974.
- SILVA, J. M. Como estão as desigualdades em gênero no Programa Saúde da Família? In: VILLELA, W. & MONTEIRO, S. (Orgs.). *Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão*. Rio de Janeiro: Abrasco, UNFPA, 2005.
- TAVARES, A. H. A. et al. Relações de gênero no Programa Saúde da Família do Recife: diagnóstico de situação. *Relatório final de pesquisa*. Recife, São Paulo: Coordenadoria da Mulher da Prefeitura do Recife, USP-FM/DMP, SOS-Corpo, Fages/UFPE, 2004.
- VIEIRA, E. M. *A Medicalização do Corpo Feminino*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. (Coleção Antropologia e Saúde).
- VILLELA, W. & MONTEIRO, S. Atenção à saúde das mulheres: historicizando conceitos e práticas. In: VILLELA, W. & MONTEIRO, S. (Orgs.). *Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão*. Rio de Janeiro: Abrasco, UNFPA, 2005.