

Concepções de cuidado e relações de poder na saúde da mulher*
Conceptions of care and power relations in women's health
Conceptos de cuidado y relaciones de poder en la salud de la mujer

Recebido: 07/06/2017
Aprovado: 20/11/2017
Publicado: 30/03/2018

Eunice Almeida da Silva¹
Maristela Belletti Mutt Urasaki²
Quézia Rebeca Silva Flores³

Este estudo teve como objetivos analisar a trajetória das concepções de cuidar, as bases teóricas que sustentam o planejamento para o cuidado e os jogos de poder que entrelaçam a relação entre o profissional e a mulher assistida. Investigou-se artigos nas bases *Scielo*, *Lilacs* e *Medline*; bem como, foram realizadas entrevistas com profissionais de saúde. As concepções de cuidar e o planejamento do cuidado, frequentemente, permanecem reduzidos ao saber técnico científico. Os profissionais entrevistados citaram o processo de trabalho como um fator determinante para limitar a concepção do cuidar a princípios técnicos. Embora o processo de trabalho em saúde, em geral, favoreça a relação assimétrica entre a pessoa assistida e o profissional, reforçando e fixando as relações de poder por indicar quem detém o saber legítimo para cuidar e planejar o cuidado, o profissional deve questionar o “lugar” que ocupa e o saber que detém como representação de uma verdade a ser seguida.

Descritores: Padrão de cuidado; Saúde da mulher; Poder.

The objective of this study was to analyze the trajectory of the conceptions of care, the theoretical bases that support the care planning and the power games that interweave the relationship between professionals and assisted women. We investigated articles in the *Scielo*, *Lilacs* and *Medline* databases, and interviews were conducted with health professionals. Care conceptions and care planning often remain limited to scientific technical knowledge. The professionals interviewed cited the work process as a determining factor to limit the conception of care to technical principles. Although the health work process, in general, favors the asymmetrical relationship between the assisted person and the professional, reinforcing and establishing power relations by indicating who holds the legitimate knowledge to provide care and to plan the care, professionals should question the "place" they assume and the knowledge they hold as a representation of a truth to be followed.

Keywords: Standard of care; Women's health; Power.

Este estudio tuvo como objetivo analizar la trayectoria de los conceptos de cuidar, las bases teóricas que sustentan la planificación para el cuidado y los juegos de poder que entrelazan la relación entre el profesional y la mujer asistida. Se investigaron artículos en las bases *Scielo*, *Lilacs* y *Medline*; así como, fueron realizadas entrevistas con profesionales de salud. Los conceptos del cuidar y la planificación del cuidado, frecuentemente, permanecen reducidos al saber técnico científico. Los profesionales entrevistados citaron el proceso de trabajo como un factor determinante para limitar el concepto del cuidar a principios técnicos. Aunque el proceso de trabajo en salud, en general, favorezca la relación asimétrica entre la persona asistida y el profesional, reforzando y fijando las relaciones de poder por indicar quien detiene el saber legítimo para cuidar y planificar el cuidado, el profesional debe cuestionar el “lugar” que ocupa y el saber que detiene como representación de una verdad a ser seguida.

Descriptores: Nivel de atención; Salud de la mujer; Poder.

* Pesquisa financiada pelo Programa Unificado de Bolsas da Universidade de São Paulo (USP).

1. Enfermeira. Doutora e Pós-Doutora em Educação. Professora da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP (EACH-USP), São Paulo, SP, Brasil. ORCID: 0000-003-1013-9666 E-mail: eunice.almeida@usp.br

2. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Coordenadora do curso de graduação em Obstetrícia da EACH-USP, São Paulo, SP, Brasil. ORCID: 0000-0002-5034-3402 E-mail: mari.urasaki@usp.br

3. Discente do curso de graduação em Obstetrícia da EACH-USP, São Paulo, SP, Brasil. ORCID: 0000-0002-7411-5957 E-mail: que_1421@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Na área da saúde muitas concepções de cuidar coexistem e influenciam a elaboração dos planejamentos do cuidado. Na perspectiva de produção científica as definições de cuidar/cuidado embasam-se em diferentes correntes teórico-filosóficas. Essas concepções são formadas de acordo com a época, a cultura de cada sociedade, o desenvolvimento tecnológico.

Em uma breve retomada histórica pode-se dizer que na Idade Média as práticas médicas e de enfermagem eram desvinculadas; os nobres recebiam em seu domicílio os cuidados à saúde prestados pelos médicos. A plebe que necessitava de cuidados era atendida pelas irmãs de caridade, geralmente em lugar afastado da cidade¹.

O cuidado era realizado com base no paradigma da igreja católica, como meio para alcançar a salvação divina do cuidador e o conforto da alma dos enfermos. O cuidar do corpo consistia em tratar as feridas, dar banho, preparar chás, lavar as roupas, garantir higiene pessoal e do ambiente, proporcionar o conforto físico e espiritual a todos os enfermos. A concepção de cuidar estava atrelada ao domínio e ao controle de práticas como, banhos, chás, massagens, que possibilitavam o conforto físico e da alma².

A intensificação do mercantilismo proporcionou maior tráfego de bens e pessoas possibilitando a disseminação de doenças. Além disso, as guerras foram facilitadoras para o surgimento de enfermidades. Nesse cenário houve mudanças no modelo de cuidado: do cuidado domiciliar para o cuidado hospitalar.

O cuidar para alívio da dor da alma passou a ter como objetivo principal a cura do corpo². A mudança de modelo foi acompanhada pelas mudanças de concepções de cuidar; a assistência prestada com medidas naturais: banhos, massagens, foram substituídas por substâncias medicamentosas com efeitos testados e comprovados cientificamente.

O florescimento do capitalismo no século XVIII e a ascensão no século XIX trouxeram mudanças no saber médico e das práticas médicas: vigiar os enfermos,

supervisionar e coordenar os cuidados, uma vez que os agentes etiológicos se mostravam visíveis por meio do microscópio e, comprovadamente, poderiam ser transmitidos.

Os hospitais foram organizados de maneira hierárquica e as concepções de cuidar se pautavam nas ações de separar, isolar e classificar os enfermos, que passaram a ser enquadrados dentro da rotina hospitalar¹. A este respeito Foucault³ diz que o hospital se caracterizou como um espaço terapêutico de intervenção sobre a doença e o doente.

No século XX as concepções de cuidar foram embasadas pelos avanços científicos e pela lógica tecnológica. O planejamento de cuidados passaram a ser orientados pelos resultados de exames amparados por métodos tecnológicos:

*"Até os dias atuais a necessidade de cuidar foi minimizada por funções técnicas, burocráticas e administrativas, que apenas tangenciam o cuidar"*².

Apesar dos esforços por parte dos profissionais de saúde em preservar a individualidade da mulher assistida, em identificar e suprir as necessidades exibidas, em respeitar os hábitos, valores e crenças, o planejamento do cuidado, comumente, está atrelado à representação da trajetória histórica do exercício do poder sobre quem procura atendimento em saúde no geral e, no particular, a mulher.

Cestari et al.⁴ entendem que o cuidado é uma ação que precisa ser realizada de maneira efetiva, mas também, afetiva:

(...) é necessário que haja um cuidado mais efetivo e afetivo, no qual as mulheres (...) tenham um papel ativo no processo de saúde e as interações sejam verdadeira (...). O cuidado inautêntico foi demonstrado nas falas das mulheres, quando afirmam que foram submetidas a exames e procedimentos sem compreender a razão destes, ou então, quando, simplesmente, não participavam da tomada de decisões sobre seu estado de saúde.

As Políticas Públicas de Saúde, como os Cadernos HumanizaSUS⁵, apontam a disponibilidade das informações como subsídio fundamental a qualidade do cuidado em saúde. Essa disponibilidade poderia ser uma das chaves fundamentais para estimular os questionamentos/problematização, por

parte dos profissionais, sobre as práticas em saúde.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher enfatiza que, seja qual for a metodologia utilizada para o atendimento em saúde:

“é de fundamental importância que as práticas educativas tenham caráter participativo, permitindo a troca de informações e experiências, baseadas na vivência de cada indivíduo”⁶.

Torna-se difícil a efetividade desta política de saúde uma vez que, as concepções de cuidar dos profissionais de saúde são referendadas estritamente e, “naturalmente” pelo saber técnico-científico. Tal situação **favorece** o profissional a compreender outras formas de cuidar como “deficiências de informações sobre o cuidado com o corpo”⁷, ao invés de conceber o seu discurso como uma das diversas possibilidades de narrativas sobre a representação de cuidado.

As concepções de cuidar e de planejamento do cuidado são embasadas apenas pelo saber técnico científico. Isso estabelece uma relação de poder do profissional sobre os corpos das mulheres assistidas, desqualificando-as quanto ao conhecimento sobre seu próprio corpo.

Mesmo considerando o processo de trabalho como fator desestimulante para desbravar outros modos de praticar o atendimento em saúde, o questionamento constante pelo profissional de saúde em relação ao ‘lugar que ocupa’ e a ‘verdade’ que profere deveria favorecer perspectivas de se construir concepções de cuidar e planejamento do cuidado que não estivessem atrelados ao caráter unicamente tecnicista, medicamentoso.

Assim, este estudo teve como objetivos analisar a trajetória das concepções de cuidar, as bases teóricas que sustentam o planejamento para o cuidado e os jogos de poder que entrelaçam a relação entre o profissional e a mulher assistida.

MÉTODOS

A pesquisa realizada classifica-se como exploratória e descritiva. Exploratória uma vez que se tentou aproximar do problema identificado por meio de entrevistas

realizadas com os profissionais de saúde; descritiva porque se pretendem descrever os fatos, fenômenos da realidade experimentada na Unidade Básica de Saúde investigada.

A pesquisa exploratória tem como principal finalidade proporcionar maior familiaridade com as questões-problema, para construir hipóteses⁸. A pesquisa descritiva visa descrever os fatos e fenômenos de uma dada realidade⁹.

Para o desenvolvimento deste estudo percorreu-se duas etapas: a primeira consistiu em uma revisão bibliográfica em bases de dados, *Scielo*, *Lilacs* e *Medline*, utilizando os seguintes descritores combinados pelo operador *booleano and/or*: Plano/planejamento do cuidado; Cuidar/cuidado de enfermagem; Padrões de Cuidado Materno; Saúde da Mulher. Na base de dados *Medline* utilizou-se, *planning patient care; nursing care; maternal care; women's health*.

Considerou-se artigos publicados entre 2003 a 2016. Esta etapa metodológica foi norteada pela seguinte questão: Qual a concepção de cuidar/cuidado e de planejamento do cuidado, no campo da saúde da mulher, que a literatura traz?

A segunda etapa foi desenvolvida em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada na zona Leste da cidade de São Paulo-SP-Brasil. Foram realizadas entrevistas com os profissionais de saúde que possuem ensino superior; as entrevistas foram guiadas por um roteiro semiestruturado, realizadas em sala com privacidade ou algum consultório vazio; foram gravadas e transcritas posteriormente.

Cada profissional de saúde entrevistado concordou em participar da pesquisa com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e pelo Comitê de Ética da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. Parecer N^o 862.890 de 07/11/2014.

Esta etapa foi norteada pela seguinte questão: Sob qual(ais) base(s) teórica(s) são elaborados os planos cuidados?

As entrevistas foram analisadas com base nas ideias de outros estudos^{2,3,7} que trabalham com a temática sobre:

- 1-processo de trabalho em saúde;
- 2-cuidar/cuidado, plano/planejamento do cuidado; e,
- 3-relações de poder.

RESULTADOS

Foram encontrados registros de 2671 trabalhos com os descritores plano/planejamento do cuidado; cuidar/cuidado de enfermagem; padrões de cuidado materno e saúde da mulher.

Desses foram identificados como adequados para este trabalho, por contemplar plenamente a temática, 389 artigos os quais foram lidos os resumos; foram excluídos 203 entre teses e editoriais. Considerou-se assim, 186 artigos, lidos integralmente.

As entrevistas foram realizadas com 05 profissionais: 04 enfermeiras e 01 médica. Na ocasião o quadro geral dos profissionais lotados na UBS investigada era composto por 06 enfermeiras e 05 médicos. Dos 05 profissionais entrevistados, 02 eram formados há mais de 20 anos; uma há 18; uma há 11 e outra há 08 anos. Desses 05 profissionais, 03 trabalhavam na UBS há 04 anos, uma há 06 e outra há 03 anos.

Quanto as entrevistas de maneira geral, os profissionais de saúde relatam utilizar os Protocolos/Manuais desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria Estadual da Saúde-SP; os Diagnósticos de Enfermagem estabelecidos pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) e o Processo de Enfermagem (PE) elaborado por Wanda de Aguiar Horta (1926-1981).

Como base teórica para elaborar os planejamentos de cuidados, observou-se nos depoimentos:

(...) nós levamos em consideração (para elaboração do plano/planejamento) teorias de Wanda Horta (...) que falam da importância de olhar o contexto e a família da mulher, considerar o biopsicossocial. (Luz).

O meu plano de cuidado é elaborado em cima das necessidades apresentadas pela mulher. Nós fazemos o plano de cuidados pela NANDA. (Estrela).

Todas as profissionais entrevistadas falaram do processo de trabalho em saúde

como um fator determinante que dificulta o atendimento de qualidade à usuária:

(...) às vezes você gostaria de ter mais tempo de consulta para elaborar (o planejamento de cuidados), mas o nosso tempo é curto, o enfermeiro tem vinte minutos, e às vezes a pessoa chora uma hora no seu consultório (...). Por exemplo, hoje temos quinze pessoas para fazer em três horas o Papanicolau (...).(Sol).

Percebe-se pelas falas dos profissionais que há esforços para estabelecer uma relação de confiança com a mulher assistida e a partir desta, explorar outros arranjos de acolhimento na saúde. Porém, o atendimento permanece reduzido às narrativas orientadas pelos aspectos biológico-clínicos, técnico-científicos, minimizando as possibilidades de questionamentos sobre o que estes representam e porque seus usos são exclusivos no atendimento em saúde:

(...) eu vou focar (...) em sinais e sintomas porque eu tenho pouco tempo para fazer a anamnese, que são as perguntas do seu processo de vida (...) infelizmente o tempo estipulado e a cobrança de produção provoca uma queda vertiginosa na qualidade da consulta (...)(Lua).

(...) então às vezes a gente preenche aqueles papéis que precisam ser preenchidos, solicitações de exames, carteirinha (...)isto tem que ser, isto tem que estar pronto para a paciente seguir até o pré-natal e tá amparada aí, mas eu acho que assim a gente acaba não dando um tempo para as outras colocações da gestante que é importante também. (Marte).

A maioria dos profissionais acredita que a relação entre eles e a mulher assistida fica limitado e, este limite é atribuído principalmente ao processo de trabalho existente na Unidade Básica de Saúde:

(...) uma consulta de pré-natal tem que ser feita em 20 minutos e a gente sabe que lá fora há mais gestantes aguardando, então a gente não consegue fazer as coisas como deveria ser feita. (...) é a demanda grande de serviço público, é o processo de trabalho que às vezes leva a gente não conseguir fazer da melhor forma que a gente pode. (Lua).

DISCUSSÃO

Quanto à primeira etapa da pesquisa os artigos com descritores cuidar/cuidado de enfermagem; padrões de cuidado materno no campo da saúde da mulher mostram, de maneira geral, que a qualidade do cuidado depende do profissional de saúde, de sua atitude e de sua sensibilidade voltada para um cuidar humanizado.

Nesses trabalhos a percepção de cuidar/cuidado é demonstrada pelas palavras solidariedade, cooperação e autonomia envolvendo a mulher assistida. Alguns trabalhos¹⁰⁻¹² apontam a necessidade de o cuidado estar fundamentado no diálogo entre a mulher e o profissional de saúde. São trabalhos que, de certa maneira, enfatizam a importância do processo de informação-comunicação como base do cuidado prestado:

(...) o cuidado (prestados por doulas e/ou obstetrias durante e após o processo de parturição) foi descrito como "energia positiva" e "força". Para que haja o cuidado, é preciso uma escuta que além de valorizada, seja sentida como processo comunicacional que produz consequências¹⁰.

É possível estabelecer um diálogo simétrico entre o profissional da saúde e a mulher assistida. Esta possibilidade poderá existir com a abertura, pelo profissional, para o questionamento sobre como se significam as práticas, os objetos, os fatos e como estes significados circulam em um determinado contexto cultural sendo ressignificados constantemente de acordo com interesses de diversa ordem: econômica, social, científica, espiritual.

Pensando por este caminho as orientações, recomendações sobre os cuidados com o corpo não poderão ser simplesmente recomendações estritamente racionais; a aceitação das mesmas pode ocorrer como ato de violência ou de poder, de imposição. Segundo Veiga-Neto¹³:

(...) não aceitamos uma verdade porque ela nos foi justificada racionalmente, demonstrada plena e cabalmente como uma verdade verdadeiramente verdadeira. Ou nós aceitamos por um ato de violência visível (...) ou nós nos deixamos capturar por ela, como um efeito de poder, o qual sendo sutil e insidioso, nos impõe tal verdade como natural e, portanto, necessária.

O estudo de Rodrigues et. al.⁷ analisa as representações sociais de puérperas sobre o cuidado de enfermagem e os ensinamentos recebidos durante o ciclo puerperal, acerca do autocuidado e do cuidado com seu filho. Na maioria das vezes, a mulher é considerada como deficiente de informações, necessitando de uma rede de cuidados para torná-la apta ao desempenho satisfatório da maternidade⁷.

O planejamento elaborado pelo enfermeiro, durante as consultas de pré-natal, deveria ser baseado na escuta atenta sem julgamentos, respeito às necessidades, disponibilidade, autenticidade, confiança, diálogo, preservação da individualidade do outro e troca de experiências, para que o cuidado possa transcender a biologia e abranger aspectos das várias dimensões do ser⁷.

A mulher é considerada 'deficiente de informações', justamente porque a lógica das informações necessárias para cuidar do corpo está firmada no saber científico originário no nascimento da clínica. A partir do nascimento da clínica, na era do Iluminismo, no século XVIII:

Definiu-se então um uso absolutamente novo no discurso científico: uso de fidelidade e obediência incondicional ao conteúdo colorido da experiência-dizer o que vê (...) a fórmula de descrição é ao mesmo tempo gesto de desvelamento. E este desvelamento por sua vez implicava, como campo de origem e de manifestação da verdade³.

O estudo "A infância nos almanaques: nacionalismo, saúde e educação (1920-1940)"¹⁴ mostra o cuidado como uma forma de disciplinar os corpos da população brasileira para a época.

Por meio do levantamento bibliográfico sobre os almanaques de farmácia, a pesquisa mostra que estes não se restringiam somente aos anúncios de remédios, cumpriam outros papéis como: calendário agrícola, religioso e cívico, veículo de educação sanitária, substituto do médico inacessível, livros de atividades e de leituras para adultos e crianças¹⁴.

Nesse período (1920 A 1940) o cuidado foi atrelado ao projeto de modernização da sociedade brasileira, por meio de uma infância bem-cuidada e disciplinada. A preocupação voltava-se para os aspectos educacionais em atividades como jogos e passatempos, artigos e editoriais sobre o cuidado com a higiene corporal.

Alguns estudos definem o cuidar/cuidado como uma necessidade de todo ser humano^{10,15}. A maioria concebe cuidar/cuidado como o estabelecimento do vínculo entre o profissional de saúde e a mulher assistida. Esse vínculo expressa-se

por diversas maneiras: pelo acolhimento, solidariedade, pelas ações técnicas realizadas, o diálogo, dentre outros¹⁶. Muitas vezes o cuidar/cuidado é concebido pelo profissional de saúde apenas como a realização dos procedimentos técnicos, o que o legitima como autoridade para orientar os cuidados sobre o corpo da pessoa assistida e firmar sua concepção como verdadeira, desconsiderando outras possibilidades de concepções de cuidado.

O estudo *Práticas culturais de cuidados de mulheres mães de recém-nascidos de risco do sul do Brasil*¹⁷ revela a desconsideração do profissional da saúde pelo saber da mulher em relação às manifestações do seu próprio corpo.

Na maioria das vezes, não foi considerado o entendimento da mulher sobre o cuidado com o seu corpo, sua visão de mundo, sua maneira de pensar, sentir e agir¹⁷. O cuidado em saúde deveria ser pautado por uma visão complexa de ser humano, que acolhe o contraditório, contempla a vivência da pessoa assistida, a escuta do seu projeto de vida e se permite acolher o outro em sua autenticidade.

Na produção do cuidado, deveria existir uma escuta atenta para permitir a compreensão da situação vivenciada pela pessoa em atendimento, incluindo a compreensão da não-adesão ao tratamento proposto, do seu desinteresse pelas orientações preventivas e até mesmo da revelação do seu desprendimento com a própria saúde¹⁸.

O estudo de Horta¹⁹ concebe o Processo de Enfermagem (PE)/Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como um planejamento da assistência e do cuidado a ser prestado.

No campo da fonoaudiologia Goulart e Chiari²⁰ mostram que a elaboração do planejamento do cuidado se faz por meio das queixas dos usuários que procuram o serviço de saúde. O fonoaudiólogo e a equipe multiprofissional seriam os responsáveis pela elaboração desse planejamento. Este teria sua base firmada nas avaliações clínicas: a avaliação considerada estruturada corresponderia ao preenchimento dos

protocolos e a avaliação não estruturada corresponderia às questões trazidas pelo paciente e/ou família.

Esse trabalho mostra também que há uma valorização, por parte dos profissionais de saúde, do conhecimento científico e que esta valorização acaba por estabelecer uma relação hierarquizada, verticalizada e assistencialista entre o profissional e a pessoa assistida²⁰.

No campo da saúde reprodutiva mesmo que o planejamento do cuidado seja elaborado com base na demanda do casal, que busca os serviços de saúde, os profissionais de saúde é quem se responsabilizam pela elaboração do planejamento²¹.

Este domínio do profissional sobre as ações alheias pode ser entendida pelas ideias de Foucault³ quando a relação de poder se transforma em violência:

(...) age sobre um corpo, sobre as coisas. Ela força, submete, ela quebra, ela destrói; ela fecha todas as possibilidades; não tem, portanto, junto de si, outro polo senão aquele da passividade; e, se encontra uma resistência, a única escolha é tentar reduzi-la.

Na segunda etapa desta pesquisa mostra-se um breve relato histórico sobre as tentativas, principalmente pelo campo da enfermagem, para organizar o cuidado prestado à pessoa assistida.

O Processo de Enfermagem elaborado no Brasil por Wanda Aguiar Horta, na década de 1970, para organizar e sistematizar o cuidar, a Taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), criada em 1982, em St. Louis University- EUA e os Protocolos Clínicos são ferramentas importantes para organizar as ações de enfermagem, qualificando o atendimento em saúde.

Na década de 1970 ocorreu uma transformação no campo da enfermagem brasileira pelo reconhecimento do cuidar de maneira mais ampla. Considerando a pessoa em constante interação consigo mesmo e com o meio em que vive. A enfermagem teria o papel principal de atender as necessidades humanas básicas das pessoas assistidas¹⁹. Seria responsável pelo cuidar, seu objeto de trabalho e estudo.

Os protocolos clínicos elaborados pelos órgãos públicos são resultados de esforços, por parte das políticas públicas, para aprimorar o sistema de atendimento do SUS e qualificar a atenção aos usuários. Geralmente os protocolos são pautados nos conhecimentos técnicos e evidências científicas.

A questão que se coloca é se o uso restrito dos protocolos/manuais, por parte dos profissionais, para elaboração do planejamento de cuidados seria capaz de possibilitar um entendimento sobre a complexidade que permeia o atendimento integral à saúde e, no particular, a saúde da mulher?

De outro modo, será que o uso restrito dos protocolos e manuais seriam capazes de possibilitar 'aberturas' para o profissional repensar e ressignificar as suas práticas de modo a serem embasadas em verdades construídas e que não atendam a interesses hegemônicos que reforçam a desigualdade social?

São notórios os esforços que os profissionais entrevistados fazem para elaborar um plano individualizado e que faça sentido para a mulher.

Alguns estudos^{1,15,22} reconhecem que por mais que existam esforços para gerir um trabalho coletivo, orientado para acolher a pessoa carente de cuidados, o trabalho na área da saúde ainda persiste de maneira parcelar, fragmentado, pobre de sentido tanto para o trabalhador quanto para pessoa assistida.

O processo de trabalho em saúde tende a se fazer de maneira mecânica, impessoal, centrado no modelo biomédico e no atendimento medicamentoso¹⁶. Isto dificulta a elaboração de um planejamento para atender as demandas da população e, também, dificulta a possibilidade de elaborar um planejamento com a participação da mulher assistida; oferecendo a esta informações sobre o funcionamento anátomo-fisiológico do seu corpo e autonomia para o seu cuidado.

O trabalho acaba se dá como uma linha de produção, que deve ser rigorosamente executado, com o objetivo de atingir metas, impedindo o estabelecimento de vínculo e, de confiança entre o profissional e a pessoa

assistida, bem como, um olhar do profissional de saúde que considere a integralidade do cuidado.

O processo de trabalho em Atenção Básica de Saúde, incluindo a Saúde da Família, se caracteriza por duas vertentes: a primeira diz respeito à complexidade desse tipo de trabalho e a segunda pela dificuldade de sistematização das ações, decorrentes da demanda contínua desses serviços²³. Todo o processo de trabalho é voltado para atingir alguma(s) finalidade(s) e são estas que direcionam todas as ações²³.

O processo de trabalho em saúde tem um diferencial que implica na finalidade de suprir as necessidades humanas básicas, traduzidas pelo bem estar integrado ao físico, mental, espiritual, dentre outros. Isso indica que o processo de trabalho em saúde está vinculado ao atendimento das expectativas dos seres humanos em sua forma mais 'original' de expressão de vida: ser acolhido no estado de doença/agravo e orientado à promoção/manutenção à saúde.

A sobrecarga de atendimento e a desarticulação entre as equipes de saúde resultam na falta de interesse do profissional em saber do resultado de seu próprio trabalho. Se o profissional estivesse inserido em um ambiente de questionamentos sobre suas próprias práticas, isto favoreceria a dinâmica de trocas de informações e conhecimentos a respeito das famílias que atendem. Haveria possibilidade de maior envolvimento/participação e de recriação do cotidiano.

O entendimento sobre a complexidade que envolve as decisões, as ações, o adoecer, o estar saudável, em si, o entendimento sobre a complexidade dos seres vivos, deveria ser a base da concepção do cuidar em saúde. Sendo esta base questionada a todo instante por ser complexa e sofrer constantemente influências internas e externas do meio, impossibilita ser reduzida a explicações que interpretadas e significadas como verdadeiras e permanentes.

A relação do profissional de saúde e a mulher assistida deve ser descentralizada e, toda narrativa, de ambas as partes, não expressa a verdade, mas uma das diversas

possibilidades de cuidar e de planejamento para o cuidado.

CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa mostram como as concepções de cuidar e os planejamentos de cuidados estão assentados em bases exclusivamente técnicas, o que favorece também a medicalização contínua da população.

A relação entre o profissional de saúde e a mulher assistida é assimétrica e passível de subjugar a mulher ao poder do saber técnico científico, desqualificando-a. Isto dificulta prestar um atendimento de qualidade no SUS, por mais que haja esforços, por parte dos profissionais de saúde e de órgãos governamentais, para reverter essa situação.

Os esforços parecem não atingir o alvo destinado à manutenção das concepções de cuidar e planejamento de cuidados focadas, exclusivamente, no modelo biomédico, dificultando questionamentos sobre este modelo que há séculos se perpetua na atenção saúde e, que é valorizado pelos setores sociais hegemônicos excludentes.

Soma-se às concepções reducionistas de cuidar e planejamento de cuidado na lógica do processo de trabalho na saúde que, em geral, fecha-se em um círculo vicioso: finalidade do processo de trabalho e cumprimento de metas.

As metas são interpretadas como dados quantitativos relativos ao número de atendimentos e procedimentos realizados. Este modelo de processo de trabalho divide o todo em partes e as estuda em separado, de forma isolada, ou seja, nas consultas compreende-se em separado cada órgão que compõe o organismo humano: o tratamento é para o útero, órgão responsável pela queixa e não para a pessoa contextualizada em suas diversas formas/maneiras de estar, pertencer, interpretar e significar o mundo.

A pessoa assistida, ontologicamente integral, sofre constante interferência de seu meio ambiente; dificuldades, contradições, angústias, medos, alegrias, emoções e preocupações estão diretamente relacionadas

a todas as respostas e manifestações do corpo.

Esta compreensão seria compatível com concepções de cuidar e planejamento do cuidado, orientado por questionamentos, por 'aberturas' para possibilidades de novos arranjos no atendimento em saúde.

As questões aqui mencionadas são complexas e não se limitam a análises teóricas distantes dos cenários das práticas. Compreende-se que a lógica reducionista mantida pelo uso exclusivo do modelo biomédico no atendimento à saúde, poderia servir como mola propulsora para reverter essa mesma lógica, se fosse submetida a questionamentos sobre a visão de que seja a única e 'verdadeira' forma de atendimento.

O conceito de cuidar na formação do profissional de saúde deveria ser debatido a partir de conceitos que interligam as áreas das humanidades, da saúde e das ciências sociais, como saber-poder, complexidade, informação-comunicação, signo-objeto-interpretante.

Isto facilitaria a compreensão sobre discursos, verdades e narrativas construídas pelos seres humanos como possibilidade de sua própria sobrevivência. Facilitaria também entender os interesses diversos, inclusive de exclusão, que contribuem para valorizar certas 'verdades' em detrimento de outras.

REFERÊNCIAS

1. Silva EA. A relação teoria-prática em um curso de pós-graduação (*stricto sensu*) em enfermagem. [Relatório de pesquisa de Pós-doutorado]-Campinas: Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP; 2013. 105p.
2. Mussi FC. Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2005; 18(1):72-80.
3. Foucault M. *Microfísica do poder*. 28ed. Rio de Janeiro: Graal; 2014. 432p.
4. Cestari ME, Lopes MJ. A definição necessidades de cuidados de mulheres infectadas pelo papilomavírus humano: uma abordagem compreensiva. *Rev Esc Enferm USP.* 2012; 46(5):1086-7.
5. Ruiz EM; Gomes AMA. Apelo à humanização da morte nas práticas de Saúde. In: Ministério da Saúde (Brasil). *Atenção hospitalar*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011. p. 81-98. (Cadernos HumanizaSus; v. 3).
6. Ministério da Saúde (Br), Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à*

- Saúde da Mulher. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
7. Rodrigues AV, Siqueira AAF. Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2008; 08(2):179-86.
 8. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 6ed. São Paulo: Atlas; 2017. 176p.
 9. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. 5ed. São Paulo: Atlas; 2009. 175p.
 10. Pinheiro BC, Bittar CML. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres. Fractal Rev Psicol. 2013; 25(3):586-98.
 11. Rodrigues DP, Fernandes AFC, Rodrigues MSP. O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. Texto & Contexto Enferm. 2006; 15(2):277-86.
 12. Mendes LC, Silveira CF, Silva SF. Conhecimento de mulheres a respeito do exame de papanicolaou e do autoexame das mamas. REAS. 2013; 2(3):4-17.
 13. Veiga-Neto A. Michel Foucault e os estudos culturais In: Costa MV, organizadora. Estudos culturais em educação: mídia, arquitetura, brinquedo, biologia, literatura, cinema. Porto Alegre: UFRGS; 2000. 286p.
 14. Kuhlmann MJ, Magalhães MGS. A infância nos almanaques: nacionalismo, saúde e educação (1920-1940). Educ Rev. 2010; 26(1):327-50
 15. Silva KL, Sena RR. A formação do enfermeiro – construindo a integralidade do cuidado. Rev Bras Enferm. 2006; 59(4):488-91.
 16. Ribeiro EM, Pires D, Blank V LG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(2):438-46.
 17. Iserhard ARM, Budó MLD, Neves ET, Badke MR. Práticas culturais de cuidados de mulheres mães de recém-nascidos de risco do sul do Brasil. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009; 13(1):116-22.
 18. Ayres JRCM, Paiva V, Franca I, Gravato N, Lacerda R, Negra MD. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. Am J Public Health [Internet]. 2006 [citado em 02 de maio 2017]; 96(6):1001-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1470608/pdf/0961001.pdf>.
 19. Horta VA. Processo de enfermagem. São Paulo: Guanabara Koogan; 2011. 112p.
 20. Goulart GBN, Chiari, BM. Avaliação clínica fonoaudiológica, integralidade e humanização: perspectivas gerais e contribuições para reflexão. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2007; 12(4):335-40.
 21. Costa A, Rosado L, Florêncio A, Xavier E. História do planejamento familiar e sua relação com os métodos contraceptivos. Rev Baiana Saúde Pública 2013; 37(1): 74-86.
 22. Silva EA, Romanini AV. A formação do profissional de saúde na perspectiva da semiótica. Cad Semiót Apl. [Internet]. 2014 [citado em 02 maio 2017]; 12(2):103-27. Disponível em: <http://seer.fclar.unesp.br/casa/article/view/7200/5278>. DOI: <https://doi.org/10.21709/casa.v12i2.7200>.
 23. Faria HP, Werneck MAF, Santos MA, Teixeira PF. Processo de trabalho em saúde. 2ed. Belo Horizonte: UFMG; 2009. 72p.

CONTRIBUIÇÕES

Eunice Almeida da Silva participou da concepção da pesquisa, revisão da literatura, discussão, elaboração e revisão final. **Quézia Rebeca Silva Flores** contribuiu na revisão da literatura, coleta de dados e discussão. **Maristela Belletti Mutt Urasaki** participou da revisão crítica.

Como citar este artigo (Vancouver)

Silva EA, Urasaki MBM, Flores QRS. Concepções de cuidado e relações de poder na saúde da mulher. REFACS [Internet]. 2018 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 6(1):63-71. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar este artigo (ABNT)

SILVA, E. A.; URASAKI, M. B. M.; FLORES, Q. R. S. Concepções de cuidado e relações de poder na saúde da mulher. REFACS, Uberaba, v. 6, n. 1, p. 63-71, 2018. Disponível em: *<link de acesso>*. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*. DOI: *inserir link de acesso*

Como citar este artigo (APA)

Silva, E. A., Urasaki, M. B. M. & Flores, Q. R. S. (2018). Concepções de cuidado e relações de poder na saúde da mulher. REFACS, 6(1), 63-71. Recuperado em: *inserir dia, mês e ano de acesso de inserir link de acesso*.