

Conceptos de cuidado y relaciones de poder en la salud de la mujer***Concepções de cuidado e relações de poder na saúde da mulher****Conceptions of care and power relations in women's health****Recibido: 07/06/2017****Aprobado: 20/11/2017****Publicado: 30/03/2018****Eunice Almeida da Silva¹**
Maristela Belletti Mutt Urasaki²
Quézia Rebeca Silva Flores³

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.

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

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.

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

* Investigación financiada por el Programa Unificado de Becas de la Universidad de São Paulo (USP), SP, Brasil.

1. Enfermera. Doctora y Pos-Doctora en Educación. Profesora de la Escuela de Artes, Ciencias y Humanidades de la USP (EACH-USP), São Paulo, SP, Brasil. ORCID: 0000-003-1013-9666 E-mail: eunice.almeida@usp.br

2. Enfermera. Doctora en Enfermería. Coordinadora del curso de graduación en Obstetricia de la EACH-USP, São Paulo, SP, Brasil. ORCID: 0000-0002-5034-3402 E-mail: mari.urasaki@usp.br

3. Estudiante del curso de graduación en Obstetricia de la EACH-USP, São Paulo, SP, Brasil. ORCID: 0000-0002-7411-5957 E-mail: que_1421@yahoo.com.br

INTRODUCCIÓN

EN el área de la salud muchos conceptos de cuidar coexisten e influyen la elaboración de las planificaciones del cuidado. En la perspectiva de producción científica las definiciones de cuidar/cuidado se fundamentan en diferentes corrientes teórico- filosóficas. Esos conceptos son formados de acuerdo con la época, la cultura de cada sociedad, el desarrollo tecnológico.

En una breve retomada histórica se puede decir que en la Edad Media las prácticas médicas y de enfermería eran desvinculadas; los nobles recibían en su domicilio los cuidados de salud prestados por los médicos. La plebe que necesitaba de cuidados era atendida por las hermanas de caridad, generalmente en lugar apartado de la ciudad¹.

El cuidado era realizado con base en el paradigma de la iglesia católica, como medio para alcanzar la salvación divina del cuidador y el confort del alma de los enfermos. El cuidar del cuerpo consistía en tratar las heridas, dar baño, preparar té, lavar las ropas, garantizar la higiene personal y del ambiente, proporcionar el confort físico y espiritual a todos los enfermos. La concepción de cuidar estaba condicionada al dominio y al control de prácticas como, baños, té, masajes, que posibilitaban el confort físico y del alma².

La intensificación del mercantilismo proporcionó mayor tráfico de bienes y personas haciendo posible la diseminación de enfermedades. Además, las guerras fueron facilitadoras para el surgimiento de enfermedades. En ese escenario hubo cambios en el modelo de cuidado: del cuidado domiciliario para el cuidado hospitalario.

El cuidar para alivio del dolor del alma pasó a tener como objetivo principal la cura del cuerpo². El cambio de modelo fue acompañado por los cambios de conceptos de cuidar; la asistencia prestada con medidas naturales: baños, masajes, fueron sustituidas por sustancias medicamentosas con efectos testados y comprobados científicamente.

El florecimiento del capitalismo en el siglo XVIII y la ascensión en el siglo XIX trajeron cambios en el saber médico y de las prácticas médicas: vigilar los enfermos, supervisar y coordinar los cuidados, ya que

que los agentes etiológicos se mostraban visibles por medio del microscopio y, comprobadamente, podrían ser transmitidos.

Los hospitales fueron organizados de manera jerárquica y los conceptos de cuidar se pautaban en las acciones de separar, aislar y clasificar los enfermos, que pasaron a ser encuadrados dentro de la rutina hospitalaria¹. A este respecto Foucault³ dice que el hospital se caracterizó como un espacio terapéutico de intervención sobre la enfermedad y el enfermo.

En el siglo XX los conceptos de cuidar fueron informados por los avances científicos y por la lógica tecnológica. La planificación de cuidados pasó a ser orientada por los resultados de exámenes amparados por métodos tecnológicos:

*"Hasta los días actuales la necesidad de cuidar fue minimizada por funciones técnicas, burocráticas y administrativas, que apenas afectan el cuidar"*².

A pesar de los esfuerzos por parte de los profesionales de salud en preservar la individualidad de la mujer asistida, en identificar y suplir las necesidades exhibidas, en respetar los hábitos, valores y creencias, la planificación del cuidado, comúnmente, está ligada a la representación de la trayectoria histórica del ejercicio del poder sobre quien busca atendimento en salud en general y, en particular, la mujer.

Cestari et al.⁴ entienden que el cuidado es una acción que precisa ser realizada de manera efectiva, pero también, afectiva:

(...) es necesario que haya un cuidado más efectivo y afectivo, en el cual las mujeres (...) tengan un papel activo en el proceso de salud y las interacciones sean verdaderas (...). El cuidado inauténtico fue demostrado en las palabras de las mujeres, cuando afirman que fueron sometidas a exámenes y procedimientos sin comprender la razón de éstos, o entonces, cuando, simplemente, no participaban de la toma de decisiones sobre su estado de salud.

Las Políticas Públicas de Salud, como los Cuadernos Humaniza SUS⁵, señalan la disponibilidad de las informaciones como subsidio fundamental a calidad del cuidado en salud. Esa disponibilidad podría ser una de las llaves fundamentales para estimular los cuestionamientos/problematización, por parte de los profesionales, sobre las prácticas en salud.

La Política Nacional de Atención Integral a la Salud de la Mujer enfatiza que, sea cual sea la metodología utilizada para el atendimento en salud:

“es de fundamental importancia que las prácticas educativas tengan carácter participativo, permitiendo el intercambio de informaciones y experiencias, basadas en la vivencia de cada individuo”⁶.

Se hace difícil la efectividad de ésta política de salud ya que, los conceptos de cuidar de los profesionales de salud son refrendadas estrictamente y, “naturalmente” por el saber técnico-científico. Tal situación **favorece** al profesional a comprender otras formas de cuidar como “deficiencias de informaciones sobre el cuidado con el cuerpo”⁷, al contrario de concebir su discurso como una de las diversas posibilidades de narrativas sobre la representación de cuidado.

Los conceptos de cuidar y de planificar del cuidado son informados apenas por el saber técnico científico. Eso establece una relación de poder del profesional sobre los cuerpos de las mujeres asistidas, descalificándolas en cuanto al conocimiento sobre su propio cuerpo.

Aun considerando el proceso de trabajo como factor desestimulante para abrir paso a otros modos de practicar el atendimento en salud, el cuestionamiento constante por el profesional de salud en relación al ‘lugar que ocupa’ y la ‘verdad’ que profiere debería favorecer perspectivas de construir conceptos de cuidar y planificar el cuidado que no estuviesen atrapados al carácter únicamente tecnicista, medicamentoso.

Así, 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.

MÉTODOS

La investigación realizada se clasifica como exploratoria y descriptiva. Exploratoria ya que se tentó aproximar al problema identificado por medio de entrevistas realizadas con los profesionales de salud;

descriptiva porque se pretenden describir los hechos, fenómenos de la realidad experimentada en la Unidad Básica de Salud investigada.

La investigación exploratoria tiene como principal finalidad proporcionar mayor familiaridad con las preguntas-problema, para construir hipótesis⁸. La investigación descriptiva busca describir los hechos y fenómenos de una dada realidad⁹.

Para el desarrollo de este estudio se recorrieron dos etapas: la primera consistió en una revisión bibliográfica en bases de datos, *SciELO*, *Lilacs* e *Medline*, utilizando los siguientes descriptores combinados por el operador *booleano and/or*: Plano/planificación del cuidado; Cuidar/cuidado de enfermería; Estándares de Cuidado Materno; Salud de la Mujer. En la base de datos *Medline* se utilizó, *planning patient care; nursing care; maternal care; women's health*.

Se consideraron artículos publicados entre 2003 a 2016. Esta etapa metodológica fue guiada por la siguiente pregunta: ¿Cuál es el concepto de cuidar/cuidado y de planificación del cuidado, en el campo de la salud de la mujer, que trae la literatura?

La segunda etapa fue desarrollada en una Unidad Básica de Salud (UBS), localizada en la zona Leste de la ciudad de São Paulo-SP-Brasil. Fueron realizadas entrevistas con los profesionales de salud que poseen enseñanza superior; las entrevistas fueron guiadas por una guía semi-estructurada, realizadas en sala con privacidad o algún consultorio vacío; fueron grabadas y transcritas posteriormente.

Cada profesional de salud entrevistado concordó en participar de la investigación con la asignatura del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido (TCLE), aprobado por el Comité de Ética de la Secretaría Municipal de Salud de São Paulo y por el Comité de Ética de la Escuela de Artes, Ciencias y Humanidades de la Universidad de São Paulo. Parecer N^o 862.890 de 07/11/2014.

Esta etapa fue guiada por la siguiente pregunta: ¿Bajo cuál(es) base(s) teórica(s) son elaborados los planos de cuidados?

Las entrevistas fueron analizadas con base en las ideas de otros estudios^{2,3,7} que trabajan con la temática sobre:

- 1-proceso de trabajo en salud;
- 2-cuidar/cuidado, plano/planificación del cuidado; y,
- 3-relaciones de poder.

RESULTADOS

Fueron encontrados registros de 2671 trabajos con los descriptores plano/planificación del cuidado; cuidar/cuidado de enfermería; estándares de cuidado materno y salud de la mujer.

De esos fueron identificados como adecuados para este trabajo, por contemplar plenamente la temática, 389 artículos de los cuales fueron leídos los resúmenes; fueron excluidos 203 entre tesis y editoriales. Se consideraron así, 186 artículos, leídos integralmente.

Las entrevistas fueron realizadas con 05 profesionales: 04 enfermeras y 01 médica. En la ocasión el cuadro general de los profesionales repletos en la UBS investigada era compuesto por 06 enfermeras y 05 médicos. De los 05 profesionales entrevistados, 02 eran formados hacía más de 20 años; una hacía 18; una hacía 11 y otra hacía 08 años. De esos 05 profesionales, 03 trabajaban en la UBS hacía 04 años, una hacía 06 y otra hacía 03 años.

En cuanto a las entrevistas de manera general, los profesionales de salud relatan utilizar los Protocolos/Manuales desarrollados por el Ministerio de Salud, por la Secretaría Estadual de Salud-SP; los Diagnósticos de Enfermería establecidos por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) y el Proceso de Enfermería (PE) elaborado por Wanda de Aguiar Horta (1926-1981).

Como base teórica para elaborar las planificaciones de cuidados, se observó en las declaraciones:

(...) nosotros tenemos en consideración (para elaboración del plano/planificación) teorías de Wanda Horta (...) que hablan de la importancia de mirar el contexto y la familia de la mujer, considerar lo biopsicosocial. (Luz).

Mi plan de cuidado es elaborado sobre las necesidades presentadas por la mujer. Nosotros hacemos el plan de cuidados por la NANDA. (Estrela).

Todas las profesionales entrevistadas hablaron del proceso de trabajo en salud como un factor determinante que dificulta el atendimento de calidad a la usuaria:

(...) a veces uno gustaría de tener más tiempo de consulta para elaborar (la planificación de cuidados), pero nuestro tiempo es corto, el enfermero tiene veinte minutos, y a veces la persona llora una hora en su consultorio (...). Por ejemplo, hoy tenemos quince personas para hacer en tres horas el Papanicolaou (...).(Sol).

Se percibe por las palabras de los profesionales que hay esfuerzos para establecer una relación de confianza con la mujer asistida y a partir de esta, explorar otras formas de acogida en la salud. Sin embargo, el atendimento permanece reducido a las narrativas orientadas por los aspectos biológico-clínicos, técnico-científicos, minimizando las posibilidades de cuestionamientos sobre lo que estos representan y porque sus usos son exclusivos en el atendimento en salud:

(...) yo voy a centrarme (...) en señales y síntomas porque yo tengo poco tiempo para hacer la anamnesis, que son las preguntas de su proceso de vida (...) infelizmente el tiempo estipulado y la cobranza de producción provoca una caída vertiginosa en la calidad de la consulta (...)(Lua).

(...) entonces a veces nosotros llenamos aquellos papeles que precisan ser llenados, solicitudes de exámenes, carné (...) esto se tiene que hacer, esto tiene que estar pronto para la paciente seguir hasta el pre-natal y está amparada ahí, pero yo creo que así nosotros acabamos no teniendo tiempo para las otras colocaciones de la gestante que son importantes también. (Marte).

La mayoría de los profesionales cree que la relación entre ellos y la mujer asistida queda limitada y, este límite es atribuido principalmente al proceso de trabajo existente en la Unidad Básica de Salud:

(...) una consulta de pre-natal tiene que ser hecha en 20 minutos y nosotros sabemos que allá afuera hay más gestantes aguardando, entonces no podemos hacer las cosas como deberían ser hechas. (...) y la gran demanda de servicio público, es el ritmo de trabajo que a veces nos lleva a no poder hacer las cosas de la mejor forma. (Lua).

DISCUSIÓN

Cuanto a la primera etapa de la investigación los artículos con descriptores cuidar/cuidado de enfermería; estándares de cuidado materno en el campo de salud de la mujer muestran, de manera general, que la calidad del cuidado depende del profesional de salud,

de su actitud y de su sensibilidad volcada para un cuidar humanizado.

En esos trabajos la percepción de cuidar/cuidado es demostrada por las palabras solidaridad, cooperación y autonomía involucrando a la mujer asistida. Algunos trabajos¹⁰⁻¹² señalan la necesidad del cuidado estar fundamentado en el diálogo entre la mujer y el profesional de salud. Son trabajos que, de cierta manera, enfatizan la importancia del proceso de información-comunicación como base del cuidado prestado:

(...) el cuidado (prestados por acompañantes y/o parteras durante y después al proceso de parto) fue descrito como "energía positiva" y "fuerza". Para que haya cuidado, es preciso una escucha que además de valorizada, sea sentida como proceso comunicacional que produce consecuencias¹⁰.

Es posible establecer un diálogo simétrico entre el profesional de salud y la mujer asistida. Esta posibilidad podrá existir con la apertura, por el profesional, para el cuestionamiento sobre cómo se significan las prácticas, los objetos, los hechos y cómo estos significados circulan en un determinado contexto cultural siendo re-significados constantemente de acuerdo con intereses de diversa orden: económica, social, científica, espiritual.

Pensando por este camino las orientaciones, recomendaciones sobre los cuidados con el cuerpo no podrán ser simplemente recomendaciones estrictamente racionales; la aceptación de las mismas puede ocurrir como acto de violencia o de poder, de imposición. Segundo Veiga-Neto¹³:

(...) no aceptamos una verdad porque ella nos fue justificada racionalmente, demostrada plena y cabalmente como una verdad verdaderamente verdadera. O nosotros aceptamos por un acto de violencia visible (...) o nos dejamos capturar por ella, como un efecto de poder, el cual siendo sutil e insidioso, nos impone tal verdad como natural y, por lo tanto, necesaria.

El estudio de Rodrigues et. al.⁷ analiza las representaciones sociales de púerperas sobre el cuidado de enfermería y las enseñanzas recibidas durante el ciclo puerperal, acerca del autocuidado y del cuidado con su hijo. En la mayoría de las veces, la mujer es considerada como

deficiente de informaciones, necesitando de una red de cuidados para tornarla apta al desempeño satisfactorio de la maternidad⁷.

La planificación elaborada por el enfermero, durante las consultas de pre-natal, debería ser basada en la escucha atenta sin juicios, respecto a las necesidades, disponibilidad, autenticidad, confianza, diálogo, preservación de la individualidad del otro e intercambios de experiencias, para que el cuidado pueda trascender la biología y abarcar aspectos de las varias dimensiones del ser⁷.

La mujer es considerada 'deficiente de informaciones', justamente porque la lógica de las informaciones necesarias para cuidar del cuerpo está firmada en el saber científico originario en el nacimiento de la clínica. A partir del nacimiento de la clínica, en la era del Iluminismo, en el siglo XVIII:

Se definió entonces un uso absolutamente nuevo en el discurso científico: uso de fidelidad y obediencia incondicional al contenido colorido de la experiencia-decir lo que ve (...) la fórmula de descripción es al mismo tiempo un gesto de revelación. Y esta revelación a la vez implicaba, como campo de origen y de manifestación de la verdad³.

El estudio "*La infancia en los almanaques: nacionalismo, salud y educación (1920-1940)*"¹⁴ muestra el cuidado como una forma de disciplinar los cuerpos de la población brasilera para la época.

Por medio del levantamiento bibliográfico sobre los almanaques de farmacia, la investigación muestra que estos no se restringían solamente a los anuncios de remedios, cumplían otros papeles como: calendario agrícola, religioso y cívico, vehículo de educación sanitaria, sustituto del médico inaccesible, libros de actividades y de lecturas para adultos y niños¹⁴.

En ese período (1920 A 1940) el cuidado fue vinculado al proyecto de modernización de la sociedad brasilera, por medio de una infancia bien-cuidada y disciplinada. La preocupación se volcaba para los aspectos educacionales en actividades como juegos y pasatiempos, artículos y editoriales sobre el cuidado con la higiene corporal.

Algunos estudios definen el cuidar/cuidado como una necesidad de todo

ser humano^{10,15}. La mayoría concibe cuidar/cuidado como el establecimiento del vínculo entre el profesional de salud y la mujer asistida. Ese vínculo se expresa de diversas maneras: por la acogida, solidaridad, por las acciones técnicas realizadas, el diálogo, entre otros¹⁶. Muchas veces el cuidar/cuidado es concebido por el profesional de salud apenas como la realización de los procedimientos técnicos, lo que lo legitima como autoridad para orientar los cuidados sobre el cuerpo de la persona asistida y firmar su concepto como verdadero, desconsiderando otras posibilidades de conceptos de cuidado.

El estudio *Prácticas culturales de cuidados de mujeres madres de recién-nacidos de riesgo del sur de Brasil*¹⁷ revela la desconsideración del profesional de salud por el saber de la mujer en relación a las manifestaciones de su propio cuerpo.

En la mayoría de las veces, no fue considerado el entendimiento de la mujer sobre el cuidado con su cuerpo, su visión de mundo, su manera de pensar, sentir y actuar¹⁷. El cuidado en salud debería ser pautado por una visión compleja de ser humano, que acoge lo contradictorio, contempla la vivencia de la persona asistida, la escucha sobre su proyecto de vida y se permite acoger al otro en su autenticidad.

En la producción del cuidado, debería existir una escucha atenta para permitir la comprensión de la situación vivenciada por la persona en atendimento, incluyendo la comprensión de la no-adhesión al tratamiento propuesto, de su desinterés por las orientaciones preventivas y hasta aún de la revelación de su desprendimiento con la propia salud¹⁸.

El estudio de Horta¹⁹ concibe el Proceso de Enfermería (PE)/ Sistematización de la Asistencia de Enfermería (SAE) como una planificación de la asistencia y del cuidado a ser prestado.

En el campo de la fonoaudiología Goulart y Chiari²⁰ muestran que la elaboración de la planificación del cuidado se hace por medio de las quejas de los usuarios que procuran el servicio de salud. El fonoaudiólogo y el equipo multiprofesional

serían los responsables por la elaboración de esa planificación. Este tendría su base firmada en las evaluaciones clínicas: la evaluación considerada estructurada correspondería al llenado de los protocolos y la evaluación no estructurada correspondería a las preguntas traídas por el paciente y/o familia.

Ese trabajo muestra también que hay una valorización, por parte de los profesionales de salud, del conocimiento científico y que esta valorización acaba por establecer una relación jerarquizada, verticalizada y asistencialista entre el profesional y la persona asistida²⁰.

En el campo de la salud reproductiva aunque la planificación del cuidado sea elaborado con base en la demanda de la pareja, que busca los servicios de salud, los profesionales de salud son quienes se responsabilizan por la elaboración de la planificación²¹.

Este dominio del profesional sobre las acciones ajenas puede ser entendido por las ideas de Foucault³ cuando la relación de poder se transforma en violencia:

(...) actúa sobre un cuerpo, sobre las cosas. Ella fuerza, somete, ella quiebra, ella destruye; ella cierra todas las posibilidades; no tiene, por lo tanto, junto de sí, otro polo sino aquel de la pasividad; y, si encuentra una resistencia, la única elección es tentar reducirla.

En la segunda etapa de esta investigación se muestra un breve relato histórico sobre las tentativas, principalmente por el campo de la enfermería, para organizar el cuidado prestado a la persona asistida.

El Proceso de Enfermería elaborado en Brasil por Wanda Aguiar Horta, en la década de 1970, para organizar y sistematizar el cuidar, la Taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), creada en 1982, en St. Louis University- EUA y los Protocolos Clínicos son herramientas importantes para organizar las acciones de enfermería, cualificando el atendimento en salud.

En la década de 1970 ocurrió una transformación en el campo de la enfermería brasilera por el reconocimiento del cuidar de manera más amplia. Considerando a la persona en constante interacción consigo mismo y con el medio en que vive. La

enfermería tendría el papel principal de atender las necesidades humanas básicas de las personas asistidas¹⁹. Sería responsable por el cuidar, de su objeto de trabajo y estudio.

Los protocolos clínicos elaborados por los órganos públicos son resultados de esfuerzos, por parte de las políticas públicas, para mejorar el sistema de atendimento del SUS y calificar la atención a los usuarios. Generalmente los protocolos son pautados en los conocimientos técnicos y evidencias científicas.

La cuestión que se coloca es si el uso restringido de los protocolos/manuales, por parte de los profesionales, para elaboración de la planificación de cuidados ¿sería capaz de posibilitar un entendimiento sobre la complejidad que impregna el atendimento integral a la salud y, en particular, la salud de la mujer?

De otro modo, será que el uso restringido de los protocolos y manuales ¿serían capaces de posibilitar 'aperturas' para el profesional repensar y re-significar sus prácticas de modo a ser basadas en verdades construidas y que no atiendan a intereses hegemónicos que refuerzan la desigualdad social?

Son notorios los esfuerzos que los profesionales entrevistados hacen para elaborar un plano individualizado y que haga sentido para la mujer.

Algunos estudios^{1,15,22} reconocen que por más que existan esfuerzos para conducir un trabajo colectivo, orientado para acoger a la persona carente de cuidados, el trabajo en el área de salud aún persiste de manera parcelaria, fragmentado, pobre de sentido tanto para el trabajador como para la persona asistida.

El proceso de trabajo en salud tiende a hacerse de manera mecánica, impersonal, centrado en el modelo biomédico y en el atendimento medicamentoso¹⁶. Esto dificulta la elaboración de una planificación para atender las demandas de la población y, también, dificulta la posibilidad de elaborar una planificación con la participación de la mujer asistida; ofreciendo a ésta informaciones sobre el funcionamiento anatómico-fisiológico de su cuerpo y autonomía para su cuidado.

El trabajo acaba dándose como una línea de producción, que debe ser rigurosamente ejecutado, con el objetivo de alcanzar metas, impidiendo el establecimiento de vínculo y, de confianza entre el profesional y la persona asistida, así como, una mirada del profesional de salud que considere la integridad del cuidado.

El proceso de trabajo en Atención Básica de Salud, incluyendo la Salud de la Familia, se caracteriza por dos vertientes: la primera dice respecto a la complejidad de ese tipo de trabajo y la segunda por la dificultad de sistematización de las acciones, resultantes de la demanda continúa de esos servicios²³. Todo el proceso de trabajo es volcado para alcanzar alguna(s) finalidad(es) y son éstas que direccionan todas las acciones²³.

El proceso de trabajo en salud tiene un diferencial que implica en la finalidad de suplir las necesidades humanas básicas, traducidas por el bienestar integrado al físico, mental, espiritual, entre otros. Eso indica que el proceso de trabajo en salud está vinculado al atendimento de las expectativas de los seres humanos en su forma más 'original' de expresión de vida: ser acogido en el estado de enfermedad/agravado y orientado a la promoción/manutención a la salud.

La sobrecarga de atendimento y la desarticulación entre los equipos de salud resultan en la falta de interés del profesional en saber del resultado de su propio trabajo. Si el profesional estuviese insertado en un ambiente de cuestionamientos sobre sus propias prácticas, esto favorecería la dinámica de intercambios de informaciones y conocimientos a respecto de las familias que atienden. Habría posibilidad de mayor implicación/participación y de recreación de lo cotidiano.

El entendimiento sobre la complejidad que implica en las decisiones, las acciones, la enfermedad, el estar saludable, en sí, el entendimiento sobre la complejidad de los seres vivos, debería ser la base del concepto del cuidar en salud. Siendo esta base cuestionada a todo instante por ser compleja y sufrir constantemente influencias internas y externas del medio, imposibilita ser reducida

a explicaciones que son interpretadas y significadas como verdaderas y permanentes.

La relación del profesional de salud y la mujer asistida debe ser descentralizada y, toda narrativa, de ambas partes, no expresa la verdad, sino una de las diversas posibilidades de cuidar y de planificación para el cuidado.

CONCLUSIÓN

Los resultados de esta investigación muestran como los conceptos de cuidar y la planificación de cuidados están asentados en bases exclusivamente técnicas, lo que favorece también la medicalización continua de la población.

La relación entre el profesional de salud y la mujer asistida es asimétrica y pasible de subyugar a la mujer al poder del saber técnico científico, descalificándola. Esto dificulta prestar un atendimento de calidad en el SUS, por más que haya esfuerzos, por parte de los profesionales de salud y de órganos gubernamentales, para revertir esa situación.

Los esfuerzos parecen no alcanzar el objetivo destinado a la manutención de los conceptos de cuidar y planificación de cuidados centrados, exclusivamente, en el modelo biomédico, dificultando cuestionamientos sobre este modelo que hace siglos se perpetúa en la atención de salud y, que es valorizado por los sectores sociales hegemónicos excluyentes.

Se suma a los conceptos reduccionistas de cuidar y planificación de cuidado en la lógica del proceso de trabajo en la salud que, en general, se cierra en un círculo vicioso: finalidad del proceso de trabajo y cumplimiento de metas.

Las metas son interpretadas como datos cuantitativos relativos al número de atendimientos y procedimientos realizados. Este modelo de proceso de trabajo divide el todo en partes y las estudia en separado, de forma aislada, o sea, en las consultas se comprende en separado cada órgano que compone el organismo humano: el tratamiento es para el útero, órgano responsable por la queja y no para la persona contextualizada en sus diversas

formas/maneras de estar, pertenecer, interpretar y significar el mundo.

La persona asistida, ontológicamente integral, sufre constante interferencia de su medio ambiente; dificultades, contradicciones, angustias, miedos, alegrías, emociones y preocupaciones están directamente relacionadas a todas las respuestas y manifestaciones del cuerpo-mente.

Esta comprensión sería compatible con conceptos de cuidar y planificación del cuidado, orientado por cuestionamientos, por 'aperturas' para posibilidades de nuevos métodos en el atendimento a la salud.

Las preguntas aquí mencionadas son complejas y no se limitan a análisis teóricas distantes de los escenarios de las prácticas. Se comprende que la lógica reduccionista mantenida por el uso exclusivo del modelo biomédico en el atendimento a la salud, podría servir como fuerza propulsora para revertir esa misma lógica, si fuese sometida a cuestionamientos sobre la visión de que sea la única y 'verdadera' forma de atendimento.

El concepto de cuidar en la formación del profesional de salud debería ser debatido a partir de conceptos que interligan las áreas de las humanidades, de la salud y de las ciencias sociales, como saber-poder, complejidad, información-comunicación, signo-objeto-intérprete.

Esto facilitaría la comprensión sobre discursos, verdades y, narrativas construidas por los seres humanos como posibilidad de su propia sobrevivencia. Facilitaría también entender los intereses diversos, inclusive de exclusión, que contribuyen para valorizar ciertas 'verdades' en detrimento de otras.

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. Disponible en: <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. Disponible en: <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.

CONTRIBUCIONES

Eunice Almeida da Silva participó del concepto de la investigación, revisión de la literatura, discusión, elaboración y revisión final. **Quézia Rebeca Silva Flores** contribuyó en la revisión de la literatura, recolección de datos y discusión. **Maristela Belletti Mutt Urasaki** participó de la revisión crítica.

Cómo citar este artículo (Vancouver)

Silva EA, Urasaki MBM, Flores QRS. Conceptos de cuidado y relaciones de poder en la salud de la mujer. REFACS [Internet]. 2018 [citado en *insertar día, mes y año de acceso*]; 6(1):63-71. Disponible en: *insertar link de acceso*. DOI: *insertar link de DOI*.

Cómo citar este artículo (ABNT)

SILVA, E. A.; URASAKI, M. B. M.; FLORES, Q. R. S. Conceptos de cuidado y relaciones de poder en la salud de la mujer. REFACS, Uberaba, v. 6, n. 1, p. 63-71, 2018. Disponible en: *<link de acceso>*. Acceso en: *insertar día, mes y año de acceso*. DOI: *insertar link de acceso*

Cómo citar este artículo (APA)

Silva, E. A., Urasaki, M. B. M. & Flores, Q. R. S. (2018). Conceptos de cuidado y relaciones de poder en la salud de la mujer. REFACS, 6(1), 63-71. Recuperado en: *insertar día, mes y año de acceso* de *insertar link de acceso*.