

Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais

Healthcare needs, public policies and gender:
the perspective of professional practices

Lilia Blima Schraiber¹

Abstract *This paper examines the relationship between public policies and professional practices with respect to healthcare needs. Taking a theoretical-conceptual approach, practices are defined as acts that are permeated by technical-scientific and socio-historical determinants for the social production of work, and the possibilities for cultural, ethical and political changes were analyzed in order to take critical action regarding gender inequalities. With comprehensive healthcare for men as the reference point, the relevance of a distinction between male and female needs, as partial and not necessarily convergent realities in (re)producing these inequalities, is examined. Likewise, professional practices are examined as partial and distinct realities of policies that establish non-immediate relationships. It is considered that the following are symbolic and practical obstacles to change: the reduction of needs through biomedical normalization; the culture of self-employment and approaches that individualize needs; the traditional gender-based culture that conserves unequal practices for men and women; and the lack of registration of rights as part of professional action. This requires proposals specifically geared to healthcare practices and male needs, in order to achieve greater convergence with policy reforms.*

Key words *Gender, Health practices, Health policy*

Resumo *Examina-se a relação entre políticas públicas e práticas dos profissionais, relativamente às necessidades de saúde. Em abordagem teórico-conceitual, as práticas são definidas como desempenhos permeados por determinantes técnico-científicos e sócio-históricos para a produção social de um trabalho, analisando-se suas possibilidades de mudanças culturais, éticas e políticas, para um agir crítico das desigualdades de gênero. Tomando-se a atenção integral à saúde dos homens, examina-se a relevância da distinção entre necessidades masculinas e femininas, enquanto realidades parciais não necessariamente convergentes na (re)produção daquelas desigualdades. Igualmente se examinam as práticas profissionais, como realidade parcial e distinta das políticas, estabelecendo relações não imediatas. Desenvolve-se que são obstáculos simbólicos e práticos para mudanças: a normalização biomédica redutora das necessidades, a cultura do trabalho autônomo e da abordagem individualizante das necessidades, a cultura tradicional de gênero conservando práticas desiguais para homens e mulheres e a ausência de inscrição dos direitos como parte do agir profissional. Isto exige propostas específicas às práticas de saúde e às necessidades masculinas para maior convergência com as reformas das políticas.*

Palavras-chave *Gênero, Práticas de saúde, Políticas de saúde*

¹ Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo 455/2170/ Departamento de Medicina Preventiva, Cerqueira César. 01246-903 São Paulo SP. liliabli@usp.br

Introdução: contextualizando necessidades de saúde

O tema das necessidades de saúde há muito circula como questão no campo da Saúde Coletiva, em estudos sobre o acesso a serviços e cuidados, a qualidade da assistência e das práticas dos profissionais, e ainda sobre os direitos à saúde e deveres do Estado em suas políticas públicas. Foi nuclear da estruturação da Saúde Coletiva, nos anos 1970, vinculando-se à democratização do estado brasileiro e à reforma da saúde¹.

O estudo das necessidades permitia apontar a elitização da assistência quando o tema foi tratado como *necessidades satisfeitas e não satisfeitas* pelos serviços de saúde então existentes. Gerou a discussão sobre a premência transformadora do Estado, com o reconhecimento dos direitos de cidadania e do acesso universal aos serviços de saúde. O resultado historicamente posterior (1980) foi o grande engajamento da Saúde Coletiva na realização do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo projeto democratizante, mesmo tendo avançado, até hoje persiste como questão¹⁻⁴.

Mas o estudo das necessidades também levava, à época, à crítica da especialização assistencial, tanto em termos das práticas profissionais, quanto do ensino médico. Neste, o debate surgia em dois polos. Um, em que as necessidades de saúde eram vistas como os adoecimentos *mais ou menos frequentes e cientificamente mais ou menos complexos* em determinadas populações, para discutir certa “inadequação” da formação dos médicos às “reais necessidades da população”, já que a formação se dava (e ainda se dá em grande medida) centrada nas patologias raras da experiência hospitalar (o hospital-escola). O ensino extramuros (do hospital-escola), como nas propostas de medicina comunitária, seria a resposta para adequar melhor a formação às necessidades. O outro polo considerava as necessidades no plano individual, abordando-as como *sentidas e não sentidas*, sendo esta última condição dada pelo risco epidemiológico de vir a adoecer (necessidades potenciais). Assim, como resposta a essa abordagem das necessidades desde a ótica *individual* do paciente, além da discussão das demandas apresentadas nos serviços de saúde, avançava-se em direção a uma medicina preventiva na formação médica⁵.

Em ambas as abordagens, criticava-se a progressiva perda da tomada clínica do paciente como um todo bio-psico-social, decorrente da base biomédica redutora do indivíduo enquanto sujeito social a um organismo com patologias, o

que também remetia às práticas de prevenção. E para o ensino, não só médico, mas das profissões em saúde de modo geral, verifica-se igualmente a persistência das necessidades de saúde como questões da formação⁶.

Nesse longo período decorrido entre a emergência da Saúde Coletiva até as primeiras décadas de 2000, outros tratamentos foram dados às necessidades de saúde. Desenvolveu-se tanto uma aproximação teórico-conceitual, mais abstrata, quando as necessidades são referidas à socialidade e historicidade da vida humana em geral e repensadas para o caso da saúde em particular, quanto de cunho operativo, voltada para os serviços de saúde, em que as necessidades participam de políticas e/ou de programas de gestão desses serviços, respondendo a problemas particulares⁷. Sobre a primeira situação, publicações recentes⁸⁻¹⁰ apontam para a escassez dessas formulações mais conceituais, enquanto que, sobre a segunda, mesmo no plano operativo dos serviços, o tema é tratado por vezes do ponto de vista *populacional*, ressitando o paciente em coletivos, ou do ponto de vista das necessidades de cada um, tal como em estudos sobre a demanda *individualizada* dos usuários¹¹.

Há também estudos que diferenciam necessidades produzidas por estruturações diversas do social (como *constructo social*), daquelas tidas como *naturais* do ser humano^{8,10,12}, enquanto outros, já na ótica da construção social, contrastam o *ponto de vista dos usuários* daquele *dos profissionais*. Esta última forma, por sua vez, desdobra-se em discussões da qualidade das políticas públicas e da gestão dos serviços^{2,4} ou da qualidade das práticas¹³⁻¹⁵.

Nesta diversidade, situo o presente texto como reflexão de ordem conceitual. Tomo necessidades de saúde seguindo a Mendes-Gonçalves¹⁶, que permitiu produzir o enfoque das práticas profissionais como *contexto instaurador de novas necessidades*¹³, permitindo-as oferecerem tensões críticas às suas (re)produções em sociedade. Ademais, inscrevo esta reflexão na relação entre a política pública e as práticas de saúde no interior dos serviços.

Metodologia: percurso do pensamento

O presente texto é um ensaio teórico. Adoto a perspectiva de gênero voltada para a saúde dos homens, alinhando-me à produção da última década na Saúde Coletiva. Gênero implica dois parâmetros de análise¹⁷: a dimensão relacional

que leva a pensar homens de modo articulado com mulheres e a tomada explícita da desigualdade de poder entre eles, sendo um maior valor atribuído à esfera masculina de questões sociais, o que repercute em necessidades de homens e de mulheres¹⁵. A teoria de gênero permite a compreensão da construção sócio-histórica acerca do ser homem e mulher com a pretensão de sua desconstrução: identifica a desigualdade de valor, evidenciando as formas tradicionais de definir e abordar homens e mulheres na vida social, para uma crítica contra cultural, em busca da equidade de gênero¹⁷, razão pela qual adotei este referencial e busco distinguir a construção tradicional de gênero de suas críticas.

A aproximação crítica vem ao encontro do princípio da integralidade para as políticas públicas de saúde e toma necessidades de modo alternativo ao pensamento hegemônico da racionalidade biomédica^{11,15,18-20}. Também de alguma forma já indica que a maior equidade na atenção integral não se assenta em medidas idênticas para homens e mulheres, pois a construção das desigualdades reflete uma dada concepção de poder na sociedade. A crítica pressupõe arguir tal concepção, para atingir os valores que permitem aquela construção. Para tanto, o movimento de crítica deve ser possível; configurando sua inscrição como uma possibilidade histórica, mesmo na própria reprodução da sociedade.

Nesse sentido, metodologicamente, adoto o referencial de Bourdieu²¹, para estudo dos agentes sociais na reprodução da sociedade, e de Lefebvre²², para as relações entre as distintas classes sociais nessa reprodução, para quem o social conforma um todo cujas partes se apresentam em uma dinâmica de afirmação e negação das características sócio-históricas desse todo. Trata-se da noção de (re)produção²² como uma reiteração que é, ao mesmo tempo, uma nova produção, gerando tensões. Assim, mesmo em práticas sociais que conservam o social, mudanças podem ser impulsionadas por sujeitos sociais agentes das mesmas.

A reprodução do social é, pois, uma cristalização, em termos estruturais, uma recondução de tradições sociais e culturais. Mas é uma cristalização instável, já que traz inovações no interior da conservação. Assim, ao serem reproduzidas as desigualdades de gênero, essa reprodução não se dará sempre e necessariamente da mesma forma para homens e mulheres e na relação entre eles, mas expressando aspectos convergentes e divergentes do maior valor das questões masculinas, tal como mostram estudos empíricos. É a diver-

sidade de situações o que se encontrará nas pesquisas. Ela não é negadora, mas esclarecedora, das múltiplas expressões concretas da desigualdade social de gênero em contextos particulares.

Por exemplo, estudos já apontaram que as práticas de violências socializam os meninos na formação da identidade masculina, revelando também que, embora as noções de competitividade e uso da força física, que estão na base da representação de virilidade, sejam a referência simbólica hegemônica de masculinidade dos homens, nem todos efetivamente se comportam de modo violento, evidenciando a diversidade de práticas sociais na mesma referência cultural de gênero²³.

É de se esperar, então, que o campo da saúde venha (re)produzindo a desigualdade de gênero e contribuindo para sua conservação em modalidades de atenção dirigidas a homens e a mulheres que apresentem aspectos comuns e divergentes entre si, assim como conservem, de modo conflituoso, a referência do maior valor das questões masculinas. A crítica cultural, portanto, requer o reconhecimento das dominâncias (biomédica e de gênero) e de seus 'escapes', o que deve ser perseguido nos estudos e pesquisas exploradores dessa tensão. Assim sendo, na conquista da atenção integral para homens e mulheres, programas com ajustes similares não serão suficientes; mas também significa que alguns projetos e algumas medidas práticas poderão ser similares, sendo a principal base de mudança o valor desses sujeitos perante a sociedade e, pois, a diferença de sentidos com que se inserem na racionalidade assistencial biomédica e hegemônica na atenção à saúde.

Seguindo o mesmo referencial, relativamente à perspectiva de mudanças pretendidas pela Saúde Coletiva, tomo a esfera da política e sua gestão nos serviços e aquela das práticas profissionais, como dimensões parciais da saúde que formam um todo sob tensão, não sendo automático o fato de que as questões das práticas sejam identificadas e tratadas nas políticas, nem o reverso: as políticas não se inscrevem diretamente nos desempenhos dos profissionais a partir de sua enunciação. Tal como diversos estudos^{3,14,24,25}, distingo a política e a prática de saúde como duas esferas de questões, embora relacionadas. A prática guarda relativamente à política não apenas certa autonomia de configuração, mas configuração que exhibirá conflitos frente à política.

A reflexão que segue considerará, então, como e porque o olhar de gênero permite enriquecer conceitualmente 'necessidades de saúde', bem como diferenciar práticas profissionais de aten-

ção integral destinadas a homens e mulheres particulares e concretos, para alcançar maior equidade nas políticas públicas.

**Políticas e práticas de saúde:
uma distinção para pensar
necessidades de saúde**

Este tópico responderá às seguintes indagações: porque distinguir as ações assistenciais, em que os profissionais da saúde realizam intervenções no sentido de responder a necessidades e demandas dos usuários dos serviços de saúde, das propostas de intervenção formuladas em programas de atenção derivados dos enunciados nos textos oficiais das políticas públicas? A caso essas ações profissionais não estariam respondendo a essas políticas?

Levando em conta o referencial metodológico apontado, a resposta a essa última pergunta seria: sim e não. Por consequência, a distinção é importante exatamente para apontar os conflitos entre uma e outra instância e que não são apenas, como frequentemente é concebido, desajustes conjunturais de insuficiências de recursos ou limitações de conhecimento mútuo de cada proposição, como se os profissionais de saúde apenas desconhecêssem os termos da política enunciada, seus conceitos e propostas de ação. Há, sim, uma autonomia relativa entre a política e a prática profissional: o descompasso entre o que está dado em um plano como proposta (intenção) de ação e os saberes e ações concretamente realizados em práticas produtivas, operatórias da assistência, na esfera dos serviços. Em outros termos, a proposta como *plano* é situação distinta daquela como *tecnologia*, isto é, saber operatório do trabalho profissional²⁶. Além dessa distinção, há aquela quanto ao conjunto de ações realizáveis na instância das políticas e na do exercício profissional.

A política pública diz respeito à tomada de decisões por parte do Estado, já enquanto o resultado das disputas de grupos de interesses presentes no governo²⁷. O Estado decide perante alternativas de responder a questões sociais, cada qual já representando ganhos e perdas para distintos grupos, entre eles os profissionais e os cientistas da saúde. Relativamente às alternativas representadas por todos envolvidos, a técnico-científica nem sempre é a referência de maior valor²⁷, tal como o é para o exercício profissional²⁵. O estatuto dos conhecimentos científicos e técnicos é bastante diverso para a instância da política e das práticas de saúde; necessidades de saúde,

portanto, serão alvo de leituras diversas nessas instâncias.

Mas essa esfera das políticas já está tão vinculada à dos serviços, e a democratização do acesso aos serviços e o reconhecimento dos direitos humanos e sociais já são questões tão presentes para a elaboração de programas de atenção específicos, que parecerá até estranho querer destacar a distinção.

Ocorre que essa relação entre as políticas de saúde e as práticas assistenciais no interior dos serviços foi uma construção histórica da Saúde Coletiva, pois, ao contrário do que se pode perceber à primeira vista, no período de emergência e constituição desse campo (1970-80), não se mostravam claras as relações entre as ações médicas ou sanitárias com políticas de saúde ou mesmo com aspectos centrais da socialidade brasileira, como uma economia de mercado e formação social em torno ao capital.

No pensamento hegemônico em saúde e ainda bastante presente na área da medicina, as práticas dos profissionais eram vistas como independentes das questões sociais, econômicas, políticas ou culturais, parecendo que sua qualidade baseava-se exclusivamente na dimensão técnico-científica de seus saberes. Por isso, muito se investiu na tentativa de mudar o desempenho concreto dos profissionais a partir de reformas educacionais. Estas eram desacompanhadas de políticas para o mercado de trabalho ou para a estruturação e gestão dos serviços, o que, hoje, seria impensado, mas significava à época a representação das profissões de saúde (tendo a do médico como referência central) como exercício autônomo dos conhecimentos científicos e da técnica, como se, a partir da formação, pudessem os profissionais transformar suas práticas e torná-las mais éticas ou democráticas, para além de garantirem o melhor acerto técnico⁵.

Assim, um movimento nuclear muito importante da Saúde Coletiva tem sido o de *politicizar o campo da Saúde*, seja enquanto Saúde Pública ou Medicina. Politizar no sentido de rearticular ao social os referenciais particulares da Saúde, calcados na epidemiologia tradicional e na biomedicina, mostrando que tais práticas técnicas são também e antes de tudo práticas sociais²⁸, (re)produzindo o social de modo particular na *esfera técnica de atuação*^{25,28}.

O movimento politicizador, primeiro, voltou-se para denunciar o quanto a Saúde sempre esteve comprometida com o contexto social: com as desigualdades socioeconômicas, os conflitos de interesses e os jogos de poder. Questionando a

atenção, sobretudo, médica, mostrou-a como parte de um mesmo complexo econômico e político que as indústrias farmacêuticas e de equipamentos (o complexo médico-industrial), apontando ainda a perversa relação entre o setor público e privado de prestação de serviços, em que este último passava a ser financiado e alavancado socialmente às expensas do primeiro, em uma política que perdia seu caráter público, de atender ao bem comum, para servir a interesses particulares: uma política privatista a reforçar a desigualdade socioeconômica ao mesmo tempo em que amplia efetivamente formas de acesso aos serviços.

Em um segundo momento, inseriu-se a temática das condições e do mercado de trabalho (do assalariamento e jornadas de trabalho às distribuições díspares de profissionais no país, passando pela sua progressiva especialização) e, mais recentemente, da própria gestão dos serviços, como determinantes também das práticas em seu interior, deixando de vê-las como produto exclusivo da apropriação do saber na formação graduada²⁵.

Assim, a politização alcança a política pública em saúde, ao apontar criticamente o caráter público do Estado, chamando por uma reforma da saúde como reforma social, com vistas à democratização do Estado e à progressiva inscrição dos direitos humanos e sociais na política de saúde. Alcança também a esfera do planejamento e da gestão dos serviços, introduzindo questões de um planejamento crítico e formulando os modelos assistenciais²⁹, o que tem sido até hoje um embate³. Dá-se também um movimento politizador das práticas profissionais, com a discussão inicialmente locada nos recursos humanos em saúde, passando por questões acerca dos profissionais como agentes-sujeitos dos modos tecnológicos e assistenciais de exercício profissional³⁰ e ganhando novo fôlego, hoje, com a discussão do cuidado em saúde³¹.

No entanto, observa-se grande dificuldade em atingir as práticas profissionais, em razão de obstáculos culturais e político-ideológicos de grande complexidade^{32,33}, vinculados às origens históricas destas práticas²⁵, o que também caberá pensar quanto às específicas questões da desigualdade de gênero¹⁵. Como parte desses obstáculos, a meu ver, situa-se o pouco desenvolvimento da distinção entre a política de saúde e as práticas dos profissionais, tornando a circulação entre essas instâncias mais difícil.

A emergência do planejamento e da gestão em saúde como instrumento de mudança social foi um dos produtos da politização da Saúde a

partir da estruturação da Saúde Coletiva²⁵, abrindo definitivo diálogo entre a política e a organização das redes de serviços e do sistema de saúde. Neste movimento, porém, perdeu-se de vista a problemática da distinção e com isso a reflexão em torno à capacidade de mudanças articuladas. Não obstante, é inegável a importância histórica da Saúde Coletiva¹, que já bem estabelecida como campo, deve, como movimento social politizador, sempre permanecer atuante e revisitar criticamente suas próprias conquistas. Ilustro com duas situações em que as conquistas no plano jurídico-político com enunciados de leis e normas que são grandes suportes para a equidade de gênero, não foram suficientes para inscrever na prática profissional a mesma referência.

Temos a lei que garante o aborto legal, em casos de estupros e a lei Maria da Penha que tipifica e apena atos de violência doméstica. Como as práticas profissionais se dispõem relativamente a essas duas normas legais e das quais já se derivaram normas técnicas especificamente voltadas à prevenção das violências e à recuperação das vítimas em ambos os casos? Os profissionais ampliaram seu interesse e seu acolhimento a essas situações? Não me parece, e para nenhuma das duas situações, pois embora serviços tenham sido efetivamente planejados e implantados, observando-se movimentos de ampliação e também de retração das redes, há estudos que mostram não só dificuldades na realização da lei no plano das práticas profissionais, como ao revés um desempenho baseado em crenças, julgamentos morais e bases religiosas de cunho estritamente pessoal, mas tudo recoberto pela autoridade técnico-científica que dá legitimidade, hoje em dia, à autoridade profissional em saúde^{34,35}. É, pois, necessário ampliar o conhecimento sobre os obstáculos à politização das práticas.

Gênero: invisibilidades quanto a necessidades de saúde nas práticas profissionais

Tornar visível a desigualdade de gênero é a politização da intervenção técnico-científica que está na base da ação profissional, o que tem sido feito pelos estudos sobre a *invisibilidade* de suas questões nas práticas profissionais^{18,19,36}. Tal invisibilidade é fruto da redução biomédica do corpo como a única aproximação das necessidades tida como válida para os profissionais. Assim, questões de gênero somente se inscrevem nas práticas de saúde se este modo de proceder for criticado, em suas diversas dimensões. Uma de-

las, a mais geral e valorizada, assenta-se nos *êxitos técnicos* próprios a essa redução, cuja alternativa crítica seria recobri-los por *sucessos práticos*, correspondendo estes à situação que leva em conta os aspectos contingentes do contexto prático em que ocorrerá a intervenção técnica. Desse modo, sem prescindir das boas soluções originárias do saber científico-tecnológico, o melhor desempenho profissional estaria representado pelo sucesso prático como a forma de viver o êxito técnico³³. Se essa mudança de perspectiva técnica não é realizada, a visibilidade que se dá a gênero corre o risco de constituir um *esvaziamento ético-político do conceito*¹⁷.

Tal é o poder da cultura profissional vigente, para se ter uma primeira noção das dificuldades em realizar no âmbito das práticas profissionais uma reforma compatível com as políticas de saúde pautadas na maior equidade de gênero. Outras dimensões mais, contudo, devem ser consideradas, para ampliar nossa compreensão acerca dessas práticas, para o que devo examinar as raízes dessa cultura profissional.

Necessidades sociais sempre representam a interconexão entre o social e o individual, pois são o reconhecimento individual de carecimentos que se dão na vida em sociedade¹⁶. Mas se o carecimento produz o desconforto (ou o sofrimento) frente à percepção de que ‘algo falta’ ou ‘algo não vai bem’ para seguir o modo usual de vida, já o movimento que faz com que os indivíduos se dirijam a algum serviço e demandem respostas pauta-se na identificação de serviços existentes socialmente e que, desde suas históricas configurações produtivas (como oferta de respostas a necessidades determinadas), mostrassem bem sucedidos. Por isso, ofertas existentes historicamente exitosas suscitam esse movimento de demanda por parte dos indivíduos; demanda que só é “espontânea” no movimento do sujeito que busca o serviço, mas sendo uma busca sempre sócio-historicamente determinada.

A demanda espontânea por melhor saúde ocorre na reparação dos danos para seguir vivendo a vida usual, na prevenção destes ou na promoção da saúde (o que não já não figura tão claro quanto os danos), dando-se em todas essas situações pela busca de atendimentos em serviços médicos. Isto porque há o reconhecimento histórico de que estes serviços é que serão os fornecedores das melhores respostas a essas necessidades de reparar ou evitar os danos, em razão da hegemonia sócio-histórica da *linguagem das doenças*^{15,19}, a qual, *medicalizadora dos carecimentos*, apaga suas origens na vida social e em fun-

ção desta, daí as desigualdades sociais também nos danos e na pior saúde: *A medicalização é uma marca sócio-histórica que apaga a socialidade da doença e da medicina, reduzindo-as a questões biomédicas e impedindo que sejam enunciados carecimentos que não encontram possibilidade discursiva nessa linguagem*¹⁵.

Haverá, nesse sentido, obstáculos para se reconhecer direitos humanos e sociais nas demandas dos usuários dos serviços, assim como reconhecer que zelar por direitos é parte da competência profissional e que ações que os realizem em uma atenção mais integral devem estar incluídas em suas práticas. Essa ausência de questões quanto à qualidade da assistência em termos dos direitos não diz respeito apenas a Gênero, mas também ao próprio SUS. Pode-se nesses termos dizer que os profissionais *estranham a atenção integral*: estranhamento aqui entendido no sentido de estarem alienados das marcas sociais de suas práticas.

Algumas vezes, os profissionais percebem que há questões de direitos. Ilustro com as violências domésticas, situação em que já se mostrou que os profissionais percebem a mulher em situação de violência e entendem as repercussões sobre suas demandas. Alguns também creem que a violência não é um bom comportamento, dando importância à preservação dos direitos humanos. Mas acreditam que a intervenção nessas situações deveria, preferencialmente, caber ou à própria mulher, ou ao governo que representa a sociedade em geral, ou, quando relacionam direitos ao acesso a benefícios sociais (como aposentadorias ou auxílio-doença), encaminham os casos à assistência social.

Para os profissionais tudo se passa como se eles não tivessem uma medida profissional a ser praticada e os problemas ligados aos direitos não deveriam interferir sobre suas *boas práticas*. Chamo atenção a essa noção de boa prática^{19,33}, pois a ela os profissionais associam uma abordagem igualitária (eticamente não desigual) com base nos referentes biomédicos, pois estes seriam os mesmos para todo e qualquer indivíduo; boa prática significa, portanto, uma *neutralidade ético-política*, que é bem representada pela abordagem biomédica. Tal neutralidade não ocorreria, segundo suas opiniões, se em suas práticas exerceressem ações e manifestações em prol de direitos, mesmo em termos daqueles legalmente já definidos.

Aparentemente curioso, por outro lado, mas respondendo à forma conflituosa de reproduzir a sociedade em suas práticas, ao ser o sucesso histórico da biomedicina também calcado na au-

tonomia técnica das práticas profissionais, essas práticas se veem permeadas por ações de cunho pessoal²⁵. Não é incomum, assim, em situações assistenciais particulares, encontrarmos orientações e aconselhamentos dos profissionais em ‘escape’ às regras biomédicas. São atuações de ordem moral, com raízes nos valores e crenças individuais e pessoais (religiosas, estéticas, etc.). Essa permeabilidade da ação profissional dá-se por seu caráter de *técnica moral dependente*, qualidade de relação intersubjetiva que historicamente marca a prática do médico e se estende pelas profissões da saúde²⁵. Representa, de um lado, a dependência da técnica relativamente à relação interpessoal que se forma nas consultas entre o profissional e seu paciente; a técnica é assim dependente de uma dada ética de interação, que pode deslocar-se, como nos dias atuais, a uma interação mediada pelas tecnologias. De outro lado, representa uma relação de caráter interpessoal sempre recoberta pela qualidade técnico-científica, de que resulta ao profissional culturalmente uma autoridade moral com base em sua autoridade científica. Alguns estudos em gênero e saúde^{15,18,34,35} têm apontado para essa mescla entre a autoridade científica e a autoridade moral dos profissionais quando abordam situações de aborto, violência sexual, sexualidade e preferências sexuais, inclusive situações em que crenças religiosas dos profissionais dão base a decisões clínicas e são seguidas pelos usuários dos serviços como orientações profissionais técnico-científicas^{15,34}.

Obviamente que não trago tais questões para apontar que os profissionais não podem ter crenças pessoais, mas para chamar a atenção que gestores e formuladores de políticas devem levar em conta essas características da prática profissional em saúde.

Outra especificidade do sucesso histórico das práticas profissionais no campo da saúde e que também representa uma (re)produção ampliada das conquistas da profissão médica, diz respeito à *consulta individual* como o serviço que representa a boa prática profissional. Suas raízes são dadas pela individualização do adoecer (de base biomédica e da qual decorre a própria noção de risco epidemiológico e de comportamento de risco nas práticas de prevenção) e, principalmente, pela individualização do tratamento (dos cuidados). Esta característica gera a *atenção como uma série de consultas individuais*. Esta valorização do individual conflita com questões de ordem mais social ou coletiva, como são as perspectivas das políticas e dos direitos. Desta indivi-

dualização radical, ademais, decorre a noção de *caso*, que refere o doente na linguagem médica e com o qual se dá todo o compromisso e responsabilidade do profissional. Isto quer dizer que o profissional toma decisões assistenciais relativas ao caso e sua responsabilidade social, como profissional, parece a ele que se esgotaria e se limitaria aí, ao caso. Não vê, assim, sua intervenção como tendo também possíveis impactos para além do caso, no sentido de repercussões para coletivos, ou qualquer agrupamento humano (a família, etnias, territórios, a sociedade).

Uma terceira ordem de especificidades quanto às práticas profissionais a ser lembrada está na raiz histórica mágico-religiosa da prática dos médicos e sua correlata representação de uma *prática salvadora*, construindo a imagem social de desempenhos sempre subordinados a uma ética da salvação. O deslocamento da medicina para as ciências e as tecnologias muda o centro da crença, mas mantém o imaginário de relações entre médico e paciente ligado a essa ética, que por isso não se apresenta como interação entre sujeitos iguais, do ponto de vista moral e ético. Antes, o profissional é tido menos como agente técnico-científico e mais como um doador, um portador de algum dom ou vocação quase sacerdotal em servir aos outros, atribuindo-se a seu comportamento e desempenho profissionais um caráter altruísta, caritativo e totalmente pessoal, o que também conflita com os referentes das políticas públicas baseadas em direitos de cidadania e direitos humanos. Devo observar aqui o conflito entre este simbólico e aquele decorrente do fato de ser cada vez mais o profissional, hoje em dia, um agente do tecnológico, o que do ponto de vista prático tem sido resolvido no cotidiano dos serviços com uma espécie de cisão na prática profissional: para as questões bem redutíveis ao biomédico, esta prática opera pelos procedimentos automatizados dos protocolos programáticos, clínicos ou sanitários; para aquelas questões que não são bem redutíveis ao biomédico, como as muitas questões socioculturais, entre elas as de gênero, o profissional apela para seus juízos morais pessoais. Eis porque, exatamente nas dimensões de sua prática em que as políticas públicas gostariam que se inscrevessem de forma crítica uma atenção diversa, buscando realizar direitos e maior equidade de gênero, são os espaços nos quais estão inscritas as tradições.

Consoante com as tradições no modo como são vistos homens e mulheres, os homens são antes de tudo os trabalhadores na produção social, cujo corpo, adoecido, deve ser com muita

rapidez restaurado, em especial em sua força física, em seu vigor de trabalhador. Já no caso das mulheres, é no espaço doméstico, tendo filhos, mantendo e cuidando da família, que as práticas profissionais as veem, reduzidas aqui ao corpo reprodutor e agente das atividades de cuidar, para o que a medicalização produziu diversos dispositivos disciplinares e medidas assistenciais capazes de realizá-los. Por isso, o campo da saúde desenvolveu, com primazia e acesso preferencial, aos homens, os serviços de saúde do trabalhador e de urgências/emergências clínico-cirúrgicas; e às mulheres, os que se voltaram a disciplinar o corpo sexual, a zelar pelo corpo reprodutivo e a educar quanto aos cuidados da família, como os de higiene e atenção pré-natal, os de desenvolvimento das crianças, como os de puericulturas, raízes ambos da atenção primária em saúde ou das unidades básicas do sistema. Assim, mesmo quando preocupados com cuidados preventivos para os homens, os profissionais apelam às mulheres e quando há homens em serviços de atenção primária, parece-lhes que devem ser atendidos com maior urgência, pois teriam que voltar ao trabalho, ou estranham que possam cuidar de seus filhos, que tenham sofrimentos mentais ou que queiram acompanhar o pré-natal e partos de suas parceiras. Além disso, o fato de que as medidas de recuperação e proteção da saúde sexual dos homens tenham sido realocadas em unidades de atenção primária, gera grande desconforto aos profissionais, que muitas vezes as abordam tendo a mulher como o

intermediário de suas relações com os homens, ou crendo que um tradicional especialista da saúde dos homens – o urologista – deveria inserir-se nesse tipo de atendimento^{15,20,36}.

Em síntese, as práticas profissionais constituem uma esfera de questões particulares relativamente às políticas de saúde, e embora se conectem com estas, demandam outras abordagens para que as necessidades de saúde sejam tratadas dentro de uma perspectiva crítica como pretende a política da atenção integral. É preciso pensar elementos próprios dessa esfera, e nisto elementos de caráter tecnológico, vale dizer, ligados à produção da assistência e dos cuidados e que não se deve confundir com tecnicismo. São antes inscrições que buscam se aproximar das necessidades e respondê-las na ótica da valorização igualitária de mulheres e homens nos contextos dos serviços de saúde, buscando reordenar o que a tradição biomédica e de gênero construiu. Isto não está pronto como desconstrução dessa construção anterior. Só pode a cada vez ser pensado em termos das aberturas promovidas pelos conflitos, pelas rachaduras e tensões impressas cotidianamente na (re)produção dessas tradições, cujos porta-vozes serão os homens e mulheres usuários dos serviços. Será na abertura à diversidade de suas existências como homens e mulheres que os profissionais podem identificar quais carecimentos estão sendo apagados ou transformados em necessidades reduzidas. Os gestores e formuladores de políticas deveriam incentivá-los e objetivamente apoiá-los nesta direção.

Referências

- Paim JS. *Reforma Sanitária Brasileira*. Contribuição para a compreensão crítica. Salvador, Rio de Janeiro: Edufba, Ed Fiocruz; 2008.
- Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ; 2001. p. 113-126.
- Paim JS. *Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA; 2007.
- Stotz EN. Os desafios para o SUS e a Educação Popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. In: Rocha CMF, Santos L, Bilibio LFS, Ceccim RB, Feuerwerker LMC, Pinto HA, organizadores. *Rev SUS Brasil: cadernos de textos*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 284-299.
- Schraiber LB. *Educação Médica e Capitalismo*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 1989.
- Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drummond-Junior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Ed. Fiocruz; 2008. p. 137-170.
- Campos CMS, Mishima SM. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. *Cad Saude Publica* 2005; 2(4):1260-1268.
- Trad LAB. Necessidades de saúde: desafios (que persistem) no plano conceitual e da sua operacionalização nos serviços sanitários. In: Pinheiro R, Silva Junior AG, organizadores. *Projeto Integralidade em Saúde - 10 anos: por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS, UERJ, Abrasco; 2010. p. 39-54.
- Campos CMS, Bataieiro MO. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. *Interface Comun Saúde Educ* 2007; 11(23):605-618.
- Barros DG, Chiesa AM. Autonomia e necessidades de saúde na sistematização da assistência de enfermagem no olhar da saúde coletiva. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(Nº Esp.):793-798.
- Figueiredo WS. *Masculinidades e Cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária [tese]*. São Paulo: Faculdade de Medicina USP; 2008.
- Vaitsman J. Saúde, Cultura e Necessidades. In: Fleury S, organizadora. *Saúde Coletiva? Questionando a Onipotência do Social*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992. p. 157-173.
- Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de Saúde e Atenção Primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. *Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 29-47.
- Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade* 2009; 18(Supl. 2):11-23.
- Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Barbosa RM, Silva GSN, Valença OAA. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad Saude Publica* 2010; 26(5):961-970.
- Mendes-Gonçalves RB. *Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades*. São Paulo: Cadernos CEFOR; 1992. (Série Textos nº 1)
- Araújo MF, Schraiber LB, Cohen DD. Penetração da perspectiva de gênero e análise crítica do desenvolvimento do conceito na produção científica da Saúde Coletiva. *Interface Comun Saúde Educ* 2011; 15(38):805-818.
- Villela W, Monteiro S, organizadoras. *Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão*. Rio de Janeiro: Abrasco, UNFPA; 2005.
- Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Portella AP, Oliveira EM. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. *Cien Saude Colet* 2009; 14(4):1019-1027.
- Gomes R, organizador. *Saúde do Homem em Debate*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
- Bourdieu P. *Razões Práticas*. Sobre a teoria da ação. São Paulo: Papyrus; 1996.
- Lefebvre H. *A Re-produção das Relações de Produção*. Porto: Publicações Escorpão; 1973.
- Couto MT, Schraiber LB. Homens, saúde e violência: novas questões de gênero no campo da saúde coletiva In: Minayo MCS, organizadora. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 687-706.
- Paim JS, Almeida Filho N. *A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2000.
- Schraiber LB. Políticas públicas e planejamento nas práticas de saúde. *Saúde em Debate* 1995; 47:28-35.
- Schraiber LB. Programação Hoje: a força do debate. In: Schraiber LB, organizadora. *Programação em Saúde hoje*. 2ª Edição. São Paulo: Hucitec; 1993. p. 11-35.
- Cohn A. Políticas e saúde: implicações e práticas. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drummond-Junior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Ed. Hucitec, Ed Fiocruz; 2008. p.219-46.
- Donnangelo MCF. Saúde e Sociedade. In: Donnangelo MCF, Pereira L, organizadores. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Livraria Duas Cidades; 1976. p. 9-94.
- Rivera FJU. Planejamento de Saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: EPSJV; 2009. p.312-17.
- Vieira M. Recursos Humanos em Saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: EPSJV; 2009. p.343-347.
- Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade* 2004; 13(3):16-29.
- Campos GSW. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. *Cien Saude Colet* 2011; 16(7):3033-3040.
- Schraiber LB. Quando o "êxito técnico" se recobre de "sucesso prático": o sujeito e os valores no agir profissional em saúde. *Cien Saude Colet* 2011; 16(7): 3041-3042.

34. Castro R, Gómez AL. *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. 1ª Edição. Montevideo: Universidad de la República; 2010.
35. Villela VW, Barbosa RM. *Aborto, saúde e cidadania*. São Paulo: Ed Unesp; 2011.
36. Couto MT, Pinheiro TF, Valença OAA, Barbosa RM, Silva GSN, Gomes R, Schraiber LB, Figueiredo WS. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface Comun Saúde Educ* 2010; 14(33): 257-270.

Artigo apresentado em 15/06/2012

Aprovado em 01/07/2012

Versão final apresentada em 05/07/2012