

GÊNERO E SAÚDE

Andréa de Sousa Gama

A categoria gênero está diretamente ligada à história do movimento feminista contemporâneo, suas lutas e seus esforços de teorização sobre as causas da opressão das mulheres. A marca principal dos Estudos Feministas é seu caráter político. Assume-se que as questões de investigação têm origem em uma dada trajetória histórica que construiu o lugar socialmente subordinado das mulheres e que tais estudos têm pretensões de mudança. Procura-se dar visibilidade às mulheres e buscar as causas da opressão feminina. Apesar das diferentes correntes teóricas de explicação dessas causas, um aspecto as unifica que é a contraposição à naturalização das desigualdades sociais entre homens e mulheres remetendo-as às características biológicas.

O gênero é uma categoria oriunda das ciências sociais e que, em linha gerais e iniciais, se refere à construção social dos sexos, ou seja, ao modo como as características sexuais são trazidas para a prática social. Essa distinção se baseia na ideia de que há machos e fêmeas na espécie humana, mas a qualidade de ser homem e ser mulher é realizada pela cultura. (BEAUVOIR, 1980). Parecia ser *natural* e inquestionável o fato de que corpos biologicamente distintos determinassem lugares socialmente desiguais, mantendo a dominação masculina sobre as mulheres (BRANDÃO; ALZUGUIR, 2022).

Duas importantes autoras feministas merecem destaque nesse debate, a antropóloga Gayle Rubin (2017) e a historiadora Joan Scott (1995). Elas apontam que as razões para a desigualdade entre os sexos devem ser buscadas não nas diferenças biológicas, mas nas relações sociais, na história. Embora varie culturalmente, o gênero e a divisão sexual do trabalho (produção *versus* reprodução) estão presentes enquanto ordenadores sociais, em toda cultura humana e impõem modos de organização das estruturas materiais e simbólicas que regem as sociedades, valorando-as desigualmente. A posição social de homens e mulheres decorre de seu lugar na reprodução biológica e social e essa forma de organização social justificou as esferas separadas de gênero. O gênero é, portanto, relacional, já que é no âmbito das relações sociais que eles se constroem e se constituem.

Em seu seminal trabalho “Tráfico de mulheres: notas sobre uma economia política do sexo”, Rubin cunha a expressão “sistema sexo-gênero” para distinguir entre sexo/biológico e gênero/construção social e “os arranjos pelos quais uma sociedade transforma a sexualidade biológica em produtos da atividade humana” (RUBIN, 2017a). Tomando o corpo fundamento de uma economia sexual, conclui que a organização social do sexo é baseada no gênero, na heterossexualidade compulsória e na imposição de controles à sexualidade feminina. Em trabalho posterior, “Pensando o sexo: notas para uma teoria radical da política da sexualidade” (RUBIN, 2017b) ela revê e separa analiticamente gênero e sexualidade, discutindo a diversidade sexual, o binarismo da sexualidade e a relevância das sexualidades não reprodutivas.

Em “Gênero: uma categoria útil para análise histórica”, Scott (1995) lança as bases para interpretar o gênero como uma categoria analítica relacional e como relações de poder que produzem desigualdades sociais entre o masculino e o feminino expressa em todos os âmbitos da vida social, no trabalho, na educação, na exploração econômica, na sexualidade

etc. A autora detalha que o gênero implica quatro elementos, a saber: a) símbolos culturalmente disponíveis; b) conceitos normativos que limitam os sentidos atribuíveis aos símbolos. Estes se expressam nas doutrinas que regem os diversos campos institucionais, afirmando o sentido do masculino e do feminino, como veremos adiante no campo da saúde; c) a aparência de consenso e de fixidez pela qual são veiculadas essas posições normativas, baseado em um processo de naturalização; d) a identidade subjetiva, configurando os modos de ser, pensar e atuar em relação ao outro. A família, a escola, a igreja e outras instituições sociais reproduzem as relações de gênero no processo de produção de subjetividades. Mulheres e homens estão enredados nas teias de gênero. Como indicativo de debates recentes, Butler (2003; 2019) problematiza as próprias categorias de natureza e sexo ao argumentar que também são mediadas pela cultura, sendo histórica e contextualmente variáveis. Para ela, o sexo não seria natural e sim discursivo e cultural como o gênero.

O gênero enquanto relação social não é uma estrutura fixa e está em constante transformação, em um fluxo de acomodação e resistência. Isso significa que romper com algumas insígnias de gênero no mundo público não necessariamente impacta os modos de viver e sentir as demais dimensões da vida privada, por exemplo. A entrada das mulheres no mundo do trabalho altera o conteúdo atribuído ao “bom” exercício da maternidade, mas não reflete, necessariamente, em uma maior autonomia pessoal no âmbito das relações sexuais, afetivas e familiares, como um sinal inequívoco da modelagem do gênero no processo de produção de subjetividades e da sua adaptabilidade às circunstâncias temporais e históricas. Nessa direção, é fundamental entender que pensar o gênero isoladamente é insuficiente para compreender as relações de opressão e exploração que se estabelecem entre homens e mulheres e mesmo entre mulheres. À essas relações se coadunam a classe social, a raça/etnia, a geração, a nacionalidade, entre outras, a partir de diversas perspectivas teóricas, da interseccionalidade (AKOTIRENE, 2018; COLLINS; BILGE, 2020), da consubstancialidade (KERGOAT, 2010; CISNE, 2014) ou da teoria da reprodução social (VOGEL, 2014; FERGUSON, 2017).

GÊNERO, CORPOS E SAÚDE

A confluência das relações de gênero, classe, raça, geração e outras para a compreensão dos processos de saúde e doença é central para as práticas de atenção à saúde. Isso significa que é insuficiente compreender as desigualdades que se estabelecem entre homens e mulheres ou entre mulheres se não incorporamos de maneira orgânica as desigualdades de classe, raça/etnia, sexualidade, de geração, entre outras e a compreensão dessas desigualdades como um dos determinantes das desigualdades em saúde. O cuidado em saúde não pode ser pensado da mesma forma a todos ignorando todos esses matizes na determinação do processo saúde-doença e da sua tradução em ações que promovam a equidade em saúde e a busca por justiça social.

Das mudanças na inserção social das mulheres decorre a busca por maior liberdade individual e autonomia, para a qual um dos elementos principais é a reapropriação do corpo, pela sua identificação como o lócus de origem e exercício da dominação sobre as mulheres, por meio do controle da sexualidade e da reprodução (ÁVILA, 2007). Apesar de inicialmente os estudos sobre gênero e saúde terem se concentrado nos aspectos relativos ao controle e à medicalização do corpo feminino, nos últimos vinte anos ganham volume os estudos que

abordam a saúde das mulheres não apenas na sua dimensão reprodutiva, mas também como trabalhadoras e como sujeitos que têm necessidade de saúde para além das reprodutivas. Villela, Monteiro e Vargas (2009) inventariam algumas tendências da literatura sobre gênero e saúde, tanto aqueles definidos como quantitativos quanto qualitativos. A maior frequência desses estudos está concentrada

[...] sobre “agravos à saúde” (31,9%) e sobre “saúde sexual e reprodutiva e DST/Aids (30,3%), seguidos de direitos à saúde (16,6%), trabalho (12,4%) e violência (8,8%). No grupo “agravos à saúde” prevalecem estudos sobre doenças crônicas degenerativas e, em “saúde sexual e reprodutiva”, o maior número de artigos se refere ao período gravídico-puerperal, ao uso da contracepção ou de métodos de dupla proteção. No grupo de “direitos à saúde”, destaca-se o tema da “educação” com discussões sobre abordagens e conteúdos de ensino, principalmente do curso de enfermagem e os temas direito à saúde, políticas de saúde e modelos assistenciais em menor número (VILLELA; MONTEIRO; VARGAS, 2009, p. 1000).

E finalizam destacando as lacunas dessa produção, como as tensões entre as categorias gênero, sexo e mulher, a escassez de trabalhos que incorporem o gênero na análise de eventos em saúde mental, nos processos de envelhecimento, que tomem os jovens como objeto, das masculinidades, das práticas de gestão, dos valores sexualmente diferenciados que orientam o tempo social da produção e reprodução do capital e da humanidade, entre outros.

Em termos das políticas públicas há dois marcos importantes. O primeiro é Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que teve grande relevância na construção do princípio da integralidade no SUS. O PAISM e, posteriormente, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher incorporam a perspectiva de gênero, rompem com a concepção do ciclo materno-infantil para a saúde integral das mulheres, apontam os limites da formação dos profissionais e da organização dos serviços para romper com essa visão, resgatam a participação dos movimentos de mulheres na construção das políticas e corporificam o princípio da integralidade, mesmo com os revezes de sucateamento e subfinanciamento do SUS. O segundo é o marco regulatório dos Direitos Sexuais e Reprodutivos. Estes se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo indivíduo de decidir livremente sobre o número, espaçamento e a oportunidade de ter filhos, e de ter as informações e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Abrangem, ainda, o direito à livre expressão da sexualidade, não condicionada à reprodução e a sua vivência livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos.

Uma estratégia adotada, com sucesso, diante da resistência de muitos países em assinar tais consensos é associá-las sob a égide da proteção à saúde. Nesse sentido, as formulações de saúde sexual e reprodutiva inscrevem esses direitos no terreno da saúde e como aspectos a serem cuidados como inerentes à dignidade humana em um Estado laico, plural e democrático. Corrêa e Petchesky (1996), em uma perspectiva feminista e com a compreensão dos direitos sexuais e reprodutivos sob a égide dos direitos sociais, a fim de englobar as necessidades sociais que impedem uma real escolha sexual e reprodutiva para a maioria das mulheres do mundo que são pobres, indicam quatro princípios éticos

estruturantes desses direitos: integridade corporal, autonomia pessoal, igualdade e diversidade. Tais princípios são orientadores fundamentais para a atuação no campo da saúde no interior das tensões entre a liberdade individual e a justiça social que permeiam o debate feminista. Sem a garantia das condições sociais e econômicas, os direitos sexuais e reprodutivos encontram restrições que afetam as possibilidades de escolha em termos de sexualidade e reprodução.

É com base na perspectiva interseccional que feministas negras brasileiras e afro-americanas vêm tecendo críticas ao formularem o conceito de justiça reprodutiva. (BRANDÃO; ALZUGUIR, 2022). Tomando o racismo estrutural, destacam a forte desigualdade social entre as mulheres que permeia o acesso e a utilização em saúde, bem como as situações de discriminação racial que impedem ou tolhem o pleno exercício dos direitos sexuais e reprodutivos.

O QUE SIGNIFICA UMA ÓTICA DE GÊNERO NA ANÁLISE DOS PROBLEMAS DE SAÚDE DAS MULHERES E NO SEU ENFRENTAMENTO?

NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA FEMININO (compreende mulheres cis, lésbicas e trans):

1. Descortina as relações desiguais entre o masculino e o feminino na sociedade e a condição de opressão das mulheres, impactando a sua saúde.
2. Evidencia o “espaço privado” como locus de dominação e exploração histórica das mulheres e que confere especificidades ao adoecimento das mulheres e as suas possibilidades de enfrentamento.
3. Mostra as desigualdades entre as mulheres, segundo inserção de classe, raça/cor, etnia, geração e orientação sexual.
4. Problematiza as instituições de saúde como veiculadoras de signos, normas e valores que reproduzem as desigualdades de gênero, raça e classe social e aonde se inscrevem relações de poder, hierarquia e violência.
5. Critica o processo de medicalização do corpo feminino e a utilização de toda e qualquer tecnologia médica, a despeito de indicação clínica mais precisa, promovendo violências sobre seus corpos, assim como reforça a ideia de que existe uma natureza biológica determinante da condição feminina.

SEU ENFRENTAMENTO PELOS DIFERENTES ESPAÇOS SÓCIO-OCUPACIONAIS DA SAÚDE:

1. Inscreve o princípio da Integralidade na organização e nas práticas de saúde assentado no trabalho coletivo em saúde. Isso significa que em todo e qualquer contato das mulheres com os serviços de saúde – incluindo as situações de emergência, internação hospitalar, atenção clínica ou cirúrgica, ações de saúde mental, entre outras – seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação da saúde com equidade de gênero e raça. Entende-se, ainda, a assistência organizada e voltada para os indivíduos na sua singularidade e totalidade, envolvendo a implementação de políticas intersetoriais.

2. Incorpora as questões da sexualidade, sua diversidade e o reconhecimento dos indivíduos como sujeitos autônomos do próprio desejo e da sua corporalidade, apesar das polêmicas em torno dos direitos sexuais das/os adolescentes e do direito ao aborto.
3. Propõe que a dimensão educativa perpassa todo o contato das mulheres com o sistema de saúde. As ações educativas devem intervir nas relações de poder das mulheres, tanto com os serviços de saúde, como nas situações desiguais entre os gêneros. Essa estratégia visa estimular as mulheres em relação à apropriação de seus corpos e controle de sua saúde.
4. Sugere uma nova relação profissional de saúde-usuárias na direção da desconstrução das desigualdades de gênero. Esses têm uma grande responsabilidade na mudança da lógica patriarcal, pelo lugar que ocupam enquanto produtores de “verdades” sobre os corpos e a sexualidade e enquanto sujeitos que intervêm sobre o corpo do outro. Exige-se uma nova postura de trabalho das equipes de saúde em face da integralidade da atenção.
5. Reforça os princípios dos Direitos Sexuais e Reprodutivos enquanto Direitos Humanos e inseridos em uma política de saúde universal, igualitária e democrática.

Esses processos não se restringem àquelas/es que atuam diretamente na atenção em saúde das mulheres nos âmbitos clássicos, como a saúde sexual e reprodutiva, as infecções sexualmente transmissíveis/HIV, as doenças crônico-degenerativas, com destaque para os cânceres cérvico-uterino e mamário, as doenças cardiovasculares, a saúde mental e a violência de gênero, mas na compreensão da perspectiva de gênero como transversal ao processo saúde-doença e à concepção ampliada de saúde. Ademais, tais processos são vivenciados na população infantojuvenil, idosa, entre outros grupos sociais atendidos nos diferentes espaços sócio-ocupacionais em saúde.

Concluimos com algumas indagações sobre o trabalho profissional e seus correlatos desafios na atual conjuntura. Como se reproduzem ou se desconstruem os sistemas de gênero na cotidianidade dos serviços de saúde? É uma atenção em saúde que reforça ou debilita as desigualdades de gênero? De que maneira as usuárias exercem seus direitos sexuais e reprodutivos? Quais são as consequências das suas decisões reprodutivas e se as tomam de forma autônoma – de suas gestações, gravidezes não desejadas, abortos? Como se evidenciam as características do processo de expropriação do corpo feminino subordinado a um modelo masculino de significação da saúde e da doença? Realiza ou não o direito à saúde e, mais especificamente, seus direitos sexuais e reprodutivos?

Em relação às/aos trabalhadoras/es de saúde, o que pensam das usuárias e por quê? Que mulheres preferem como “pacientes” e por quê? Como percebem as relações que estabelecem com as usuárias e o seu impacto na qualidade da atenção? Como encaram a subjetividade das mulheres em sua diversidade? Existe uma valorização de seus conhecimentos e experiências em saúde? Se promove ou se ignora seus direitos em saúde? São potencializadas suas decisões ou se assumem condutas coercitivas? Incorpora-se a dimensão da sexualidade na assistência? Em que condições trabalham e como essas

influenciam o seu exercício profissional? Como percebem a sua própria condição de gênero? (GAMA, 2004).

Essas perguntas surgem em um contexto no qual as assistentes sociais precisam permanecer nas trincheiras de defesa do SUS e do seu projeto ético-político profissional que embasam, sustentam e referendam as reflexões aqui trazidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ÁVILA, M. B. Radicalização do feminismo, radicalização da democracia. In: Reflexões feministas para a transformação social. Cadernos de crítica feminista, 1(0). Recife: SOS-Corpo, Instituto Feminista para a Democracia; p. 248, 2007.
- AKOTIRENE, C. O que é interseccionalidade? BH: Letramento: Justificando, 2018.
- BEAUVOIR, S. O segundo sexo [1949]. RJ: Nova Fronteira, 1980.
- BRANDÃO, E.; ALZUGUIR, F.C.V. Gênero e Saúde: uma articulação necessária. RJ: ed. Fiocruz, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF, 2004.
- BUTLER, J. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. RJ: Civilização Brasileira, 2003.
- _____. Corpos que importam: os limites discursivos do “sexo” [1993]. SP: N-1 Edições, 2019.
- CISNE, M. Feminismo e consciência de classe no Brasil. SP: Cortez, 2014.
- COLLINS, P.H.; BILGE, S. Interseccionalidade. SP: Boitempo, 2020.
- CORRÊA, S.; PETCHESKY, R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. Physis – Revista de Saúde Coletiva, 6(1/2): 147-177, 1996.
- FERGUSON, S. Feminismos interseccional e da reprodução social: rumo a uma ontologia integrativa. Cadernos CEMARX, n. 10, p. 13-38, 2017.
- GAMA, A.S. Gênero e avaliação da qualidade da atenção em serviços de saúde reprodutiva. In: BRAVO, M.I. *et al.* (Orgs.). Saúde e Serviço Social. SP: Cortez/RJ: Uerj, p.79-96, 2004.
- KERGOAT, D. Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais. Novos Estudos Cebrap 86, pp. 93-103, mar. 2010.
- RUBIN, G. O tráfico de mulheres. In: RUBIN, G. Políticas do Sexo. SP: Ubu, 2017a
- _____. Pensando o sexo. In: Rubin, G. Políticas do Sexo. SP: Ubu, 2017b.
- SCOTT, J.W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Educação & Realidade, 20(2): 71-99, 1995.
- VILLELA, W.; MONTEIRO, S; VARGAS, E. A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. Ciência & Saúde Coletiva, 14(4): 997-1006, 2009.
- VOGEL, L. Marxism and the Oppression of Women: Toward a Unitary Theory. US: Haymarket Books, 215p., 2014.