

ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

*Daniele Raimundo Neves Pessoa
Mayana de Souza Gomes da Silva*

Este artigo traz algumas reflexões sobre a atenção à saúde da mulher, tema importante não apenas para os assistentes sociais que trabalham na política de saúde, mas para todos os que atendem e acompanham cotidianamente mulheres nos diferentes espaços de atuação profissional. No atendimento a este público, nos deparamos com realidades de vida permeadas por contradições oriundas de relações sociais totalmente desfavoráveis para as mulheres, o que demanda uma atuação crítica, voltada para a defesa dos seus direitos. Estes encontram-se pautados numa agenda ampliada de debates, construídos há longos anos e abarcando cada vez mais reivindicações, que se contrapõem às desigualdades de gênero, raça e classe.

Abordar a temática saúde da mulher, numa perspectiva ampliada, requer a compreensão dos papéis histórico e socialmente desiguais atribuídos ao gênero feminino, bem como as repercussões dessas desigualdades nas formas de viver e de adoecer das mulheres. Sendo assim, quando compreendemos saúde-doença enquanto processo socialmente determinado e condicionado, resultado das condições de vida e de trabalho, entendemos que as desigualdades de gênero expõem as mulheres às diversas formas de riscos, sobrecargas e inseguranças específicas. Diante disso, é preciso enfrentar essas desigualdades enquanto luta política.

A CONSTRUÇÃO DE UMA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

No Brasil, até a implementação do Programa de Atenção à Saúde da Mulher (PAISM), no ano de 1984, a política de saúde era voltada para a mulher enquanto mãe, numa perspectiva reducionista e com foco no seu ciclo gravídico-puerperal (OSIS,1998). A inovação trazida pelo PAISM foi a compreensão da saúde da mulher de forma integral, envolvendo todos os momentos de sua vida, incluindo a prevenção do câncer de mama e colo uterino, a atenção ginecológica (com o diagnóstico e o tratamento a Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST's, como Sífilis, Herpes, HIV, dentre outras), o planejamento familiar (com a atenção ao tratamento para infertilidade), atenção ao pré-natal, ao parto e ao pós-parto.

Em 2004, vinte anos após o lançamento do PAISM, foi apresentada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). A elaboração da política contou com ampla participação social dos movimentos feministas, ainda mais amadurecidos nas pautas de luta e atuantes nos conselhos de direito e conferências nacionais de saúde e nas conferências de políticas públicas para mulheres. Desta forma, a política apresentou um viés marcadamente mais crítico, incluindo uma discussão mais robusta sobre desigualdade de gênero e sobre a diversidade de demandas de saúde das mulheres brasileiras, principalmente de grupos historicamente excluídos das políticas públicas. O documento traz ainda uma análise crítica da evolução das políticas de atenção à saúde da mulher e propõe como princípio uma atenção humanizada e de qualidade, entendendo que estas são condições essenciais para ações que impactam nas condições de vida e saúde das mulheres.

A PNAISM se compromete com ações que garantam os direitos humanos das mulheres e reconhece que elas estão mais expostas a diversos riscos relacionados ao gênero.

[...] No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico. Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos (MS, 2004, p. 9).

Esta política, ao fazer um breve diagnóstico da situação das mulheres no Brasil, pontua algumas das principais questões de saúde que atingem as brasileiras, sendo elas: a mortalidade materna; a precariedade da atenção obstétrica; o abortamento em condições de risco; a precariedade da assistência; a anticoncepção; as IST's /HIV/AIDS;¹ a violência doméstica e sexual; a saúde das mulheres adolescentes; a saúde da mulher no climatério /menopausa; a saúde mental relacionada ao gênero; as doenças crônico-degenerativas e o câncer ginecológico; a saúde das mulheres lésbicas, negras, indígenas, residentes na área rural e em situação de prisão.

Desta forma, temos uma perspectiva de abordagem ampliada para a atenção à saúde da mulher, considerando os diferentes ciclos e as diversas questões de saúde que podem impactar uma mesma mulher ao longo de sua vida, mas sem perder de vista a diversidade da população feminina brasileira que pode ser impactada por diferentes condicionantes e determinantes sociais de saúde. Cada questão de saúde apontada na PNAISM tem em si um rico conteúdo para debate, mas apontaremos apenas alguns pontos relacionados a atenção à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, pontuando as principais estratégias adotadas pelo Estado brasileiro.

DESAFIOS NA GARANTIA DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

Conforme aponta a PNAISM, a mortalidade materna não está dentre as principais causas de óbito de mulheres brasileiras, mas a preocupação com essas mortes vem aumentando, tendo em vista que são evitáveis na grande maioria dos casos, sendo utilizadas como indicadores internacionais de saúde de uma população. Segundo dados do governo federal, a mortalidade materna no Brasil aumentou durante a pandemia, sobretudo no ano de 2021.² Os períodos de epidemias e pandemias marcam um contexto de preocupação ainda maior para as gestantes, pois normalmente demandam mais atenção em saúde, tendo em vista as possibilidades de inclusão em grupos de risco. Desta forma, a garantia de uma atenção especializada no período gestacional, também é pauta das lutas pelos direitos das mulheres,

¹ O texto vigente em 2004 apontava o termo DST, contudo, a terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) passou a ser adotada em substituição à expressão Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), porque demarca a possibilidade de uma pessoa ter e transmitir uma infecção, mesmo sem sinais e sintomas.

² Para maiores ver dados do Sistema de Informação sobre mortalidade (SIM), divulgados pelo governo federal em: <<https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>>. Acesso em 30 de nov. de 2022.

incluindo a garantia de gravidez, parto e pós-parto mais seguros, com acesso a todos os recursos que os avanços científicos e tecnológicos trouxeram para a saúde nos últimos anos.³

Pensando na qualificação da assistência às mulheres gestantes, foi criada em 2011 a Rede Cegonha,⁴ uma estratégia do Ministério da Saúde de assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. O programa tem como objetivo humanizar e garantir um cuidado integral tanto para a gestante quanto para o bebê, incentivando o acompanhamento de pré-natal para reduzir a mortalidade materno-infantil.

No município do Rio de Janeiro⁵ as gestantes são cadastradas nas unidades básicas de saúde, onde realizam o acompanhamento de pré-natal e são referenciadas para a maternidade na qual terão seus bebês. Elas podem conhecer a maternidade e participar de ações educativas sobre a gestação, parto e cuidados puerperais, além de receber um kit Enxoval Cegonha. O município disponibiliza ainda ambulâncias especializadas que transportam a gestante de sua casa até a maternidade na hora do parto. Mesmo com esse recurso, muitas gestantes ainda chegam em trabalho de parto nas maternidades por meios próprios. Além disso, o recurso é municipal, não atendendo a gestantes de outros municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro que são referenciadas para a capital por alto risco materno ou fetal.

Ao problematizarmos sobre o Programa de Planejamento Familiar,⁶ consideramos que o Brasil assumiu uma postura não coercitiva para as famílias, entendendo legalmente que cada pessoa tem o direito à livre decisão sobre reprodução. Esse foi o posicionamento do Brasil frente a uma discussão mundial à época da elaboração do PAISM (1984), quando estava sendo pautada a necessidade do controle de natalidade das populações, tendo em vista as relações feitas entre crescimento desordenado da população pobre e baixo crescimento econômico. A resposta do Brasil foi situar o planejamento familiar dentro de uma ótica de educação em saúde, disponibilizando para a população o conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva, ofertando métodos contraceptivos de forma diversa, segura e com acompanhamento adequado (OSIS, 1998).⁷

Entretanto, os desafios encontrados na garantia da saúde sexual e reprodutiva das mulheres estão cada vez mais em evidência. Isso porque várias mulheres têm dificuldades de acesso aos serviços na atenção básica de saúde. Ora não há vagas, ora não há insumos, e, diante deste contexto, as mulheres seguem culpabilizadas, seja quando são alcançadas por alguma IST (Infecção Sexualmente Transmissível), ou diante de uma gestação não planejada. Além disso, é inegável a centralidade do planejamento familiar na figura feminina. Na maioria das vezes, é a mulher que participa sozinha das reuniões do programa de planejamento familiar. É ela também que “escolhe” e assume sozinha o método que será utilizado.⁸

³ É importante ressaltar a importância do incentivo às pesquisas relacionadas aos impactos das doenças nos períodos gestacionais e puerperais.

⁴ A Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, institui a Rede Cegonha no SUS.

⁵ A opção por esse recorte geográfico é justificada pelo fato de ser este o local de atuação profissional das autoras.

⁶ Embora o PAISM tenha considerado o planejamento familiar um dos aspectos da atenção à saúde da mulher, ele é um ponto que mereceu uma legislação própria, a lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996. Isto aponta as fortes pressões que circundam esse tema e as dificuldades de assegurar uma perspectiva integral de saúde.

⁷ Até aquele momento a oferta de métodos contraceptivos eram realizados em grande parte por “organizações privadas” sem um acompanhamento adequado e sem a publicização dos impactos destes métodos na vida das mulheres a longo prazo.

⁸ Inclusive, quando sua opção era pela esterilização, até pouco tempo, havia um documento que as mulheres precisavam entregar ao serviço de saúde, com a assinatura de seu companheiro. Isto foi revogado pela lei 14.443 de 2 de setembro de 2022 que trouxe esta e outras alterações para a lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996.

Assim, embora a legislação traga alguns avanços ainda é preciso lutar cotidianamente para que seja realmente efetivada a política pública de Planejamento Familiar no Brasil, com acesso à informação, insumos, autonomia e assistência às mulheres a fim de se evitar que estas tenham como única opção o “acesso informal”, através de suas redes de solidariedade, aprendendo com uma familiar, amiga, vizinha ou funcionária da farmácia do bairro.

É imprescindível considerar ainda que todas as dificuldades de acesso ao planejamento familiar, aumentam a possibilidade de gestações não planejadas e não desejadas. Este fato remete à importância da discussão sobre o aborto. No Brasil, tal procedimento é considerado ilegal e, portanto, realizado pelo SUS somente em casos em que a gravidez for resultante de estupro, no caso de o feto ser anencéfalo⁹ ou em situações em que a avaliação clínica indique risco de morte para a mãe.

Contudo, tal ilegalidade não distancia as mulheres da busca pela realização deste procedimento, levando-as às inúmeras formas de práticas abortivas, que vão desde o uso de objetos como materiais perfurantes, chás, substâncias químicas e medicamentosas obtidas através do comércio ilegal, socos na barriga, “acidentes provocados” como quedas, dentre tantas outras, até a busca por clínicas clandestinas.

Logo, podemos afirmar que o aborto ilegal, clandestino e inseguro põe em risco a vida de muitas mulheres. A ilegalidade legitima a ausência de fiscalização, possibilitando que os procedimentos sejam realizados por pessoas sem qualificação e competência, e, não raras as vezes em condições insalubres, configurando-se um importante problema de saúde pública.

Outra importante questão para as mulheres no exercício da sua vida sexual é a preocupação com as IST¹⁰ e embora todas as infecções mereçam total atenção no sentido de garantir a prevenção, diagnóstico e tratamento, o HIV/AIDS¹¹ requer atenção e ações em saúde mais reforçadas, pois ainda carrega um estigma social muito grande.

Embora os primeiros casos diagnosticados do HIV na década de 1980 tenham apresentado rápido índice de mortalidade, hoje, após algumas décadas, devido ao avanço tecnológico, às estratégias de prevenção e ao tratamento da doença o cenário é diferente. A “fatalidade” da doença cedeu espaço à “cronicidade”, isto porque, embora ainda não haja cura, hoje, é possível ao indivíduo contaminado com o vírus ter acesso a uma vida “normal”, desde que este faça a “adesão” ao tratamento. Neste sentido, a universalidade de acesso aos serviços, ao tratamento e às medicações é essencial.

Segundo dados da UNAIDS,¹² em todo o mundo, 1,5 milhão de pessoas foram infectadas pelo HIV em 2021, deste universo, 49% são mulheres e meninas. Além disso, apenas 81% de mulheres grávidas vivendo com HIV tiveram acesso a antirretrovirais para prevenir a transmissão vertical para suas crianças em 2021.

⁹ Consiste numa má-formação fetal do cérebro. Trata-se de patologia letal e os riscos para a mulher aumentam à medida que a gravidez é levada adiante. O diagnóstico pode acontecer a partir da 12ª semana de gestação, através de um exame de ultrassonografia.

¹⁰ As IST^s são causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos, tendo como principal causa de contágio a relação sexual desprotegida, o compartilhamento de seringas contaminadas, além da possibilidade de transmissão vertical (da mãe para a criança durante a gestação, o parto ou a amamentação).

¹¹ Cabe destacar HIV e AIDS não são sinônimos. O HIV (Vírus da imunodeficiência humana), é uma IST que pode levar à síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). A infecção com o HIV não tem cura, mas tem tratamento, cujo objetivo é evitar que a pessoa chegue ao estágio mais alto da quantidade do vírus no organismo, desenvolvendo, assim, a síndrome conhecida como AIDS.

¹² Estatísticas globais sobre HIV 2021.UNAIDS. Disponível em: <<https://unaids.org.br/informacoes-basicas/>>. Acesso em 17 de out. de 2022.

Quando nos atentamos para a informação (autodeclarada) da raça/cor da pele das gestantes temos que em 2021, segundo o boletim epidemiológico divulgado pelo Ministério da Saúde, houve um predomínio da cor parda e preta, seguido da cor branca. Representando 55,1% e 35,9% dos casos, respectivamente.

Estes dados ressaltam as iniquidades em saúde da população negra e, em particular, das mulheres negras.¹³ Quando comparadas às mulheres brancas, as negras apresentam maior risco de contágio por IST's/AIDS, adoecimento e morte. A análise sobre violência sexual e doméstica reitera as disparidades e a maior vulnerabilidade social da mulher negra (CARNEIRO, 2006; BASTOS, 2006; BARATA, 2009; SANTOS, 2002; BIROLI, 2018).

Consideramos essencial refletir o quanto a parca discussão sobre o quesito raça/cor dificulta a apreensão dos determinantes sociais de saúde na perspectiva racial, inclusive no que diz respeito ao HIV/Aids. Muitas das experiências socioculturais e econômicas vividas por essas mulheres dificilmente serão reconhecidas como oriundas de uma relação de poder baseada no racismo estrutural da sociedade brasileira.

É importante destacar que a implementação do PNAISM contou com diversos desafios. Um deles está relacionado à dificuldade de materialização do SUS, tendo em vista que todo o aparato legal de construção da política de saúde vai na contramão das políticas neoliberais em curso, com o desfinanciamento e sucateamento do SUS nos últimos anos. Além disso, o acesso das mulheres aos serviços de saúde é desigual quando pensamos na realidade de cada região do país, ou seja, uma mulher branca, de classe média e que reside num grande centro urbano poderá ter um acesso diferente de uma mulher negra de uma região periférica.

Pensar a integralidade da atenção em saúde das mulheres aponta para a necessidade de um olhar interseccional, compreendendo as questões de raça, gênero, cor, etnia, dentre outros. Essas questões atravessam momentos e experiências de vida de cada mulher.

Ainda precisamos avançar em discussões sobre questões pouco debatidas como a saúde das mulheres transexuais, das mulheres que fazem uso de abusivo de drogas, saúde da mulher trabalhadora, saúde de mulheres que desejam realizar reprodução assistida, entre outras discussões que têm permanecido na ordem do dia e que requerem espaço de diálogos constantes que façam frente a ondas conservadoras que estão presentes e acentuadas na atualidade brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARATA, R. B. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- BASTOS, F. I. Aids na terceira década. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- BIROLI, F. Gênero e desigualdades: Limites da democracia no Brasil. São Paulo. Editora Boitempo, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Centro de Documentação. Textos Básicos. Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ações Programáticas. Brasília, 1985.

¹³ Segundo o site da Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres <<http://www.spm.gov.br>>, as mulheres negras são aquelas que se autodeclararam como pretas e pardas, conforme o quesito cor ou raça usado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Esta definição baseia-se no artigo 1º do Estatuto da Igualdade Racial.

- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: Princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- CARNEIRO, S. Enegrecer o feminismo: A situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. 2011. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/375003/mod_resource/content/0/Carneiro_Feminismo%20negro.pdf>. Acesso em 16 nov. de 2021.
- CORREA, Sônia; ÁVILA, Maria. Direitos Sexuais e Reprodutivos. Pauta global e percursos Brasileiros. In: BERQUÓ, Elza (Org.). Sexo e vida: Panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Editora da Unicamp, p. 17-78, 2003.
- OSIS, M. J. M. D. PAISM: Um marco na abordagem de saúde reprodutiva no Brasil. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, v. 14, supl. 1, 1998.
- SANTOS, N. JS *et al.* Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. Revista de Saúde Pública. São Paulo, v. 36, n. 4, supl., p. 12-23, Agosto 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000500004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 ago. de 2021.