

CONTEXTUALIZANDO A LUTA POR DIREITOS IGUALITÁRIOS NA TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A MULHER BRASILEIRA

CONTEXTUALIZING THE FIGHT FOR EQUAL RIGHTS IN PUBLIC HEALTH POLICY DIRECTED TO BRAZILIAN WOMEN

DOI: 10.15668/1807-8214/artemis.v19n1p130-136

Resumo

O presente artigo versa a respeito do desafio posto às mulheres de conquistar condições igualitárias nesta sociedade regida pelo modelo patriarcal, com práticas machistas que subjugam à mulher ao homem por sua condição natural. Foram traçadas contribuições acerca da luta das mulheres por reconhecimento na sociedade e os embates que se enfrentam na defesa pela participação ativa das mulheres nos espaços públicos. Os momentos históricos marcados por conquistas no que se refere às políticas públicas de saúde para a mulher são discorridos objetivamente, desde a Era Vargas até a atualidade. Tem-se uma recente Política de Atenção à Saúde da mulher, com grandes desafios, mas considerada um avanço no campo de direitos da mulher. Para a realização deste artigo utilizou-se a revisão de literatura através de consultas a artigos publicados em periódicos, livros e outros documentos de relevância científica.

Palavras-chave: Gênero. Política Pública. Saúde da Mulher.

Abstract

This article deals about the challenge posed to women to gain equal conditions in this society governed by patri-archal model, with sexist practices that subjugate the woman to man by its natural condition. Traces were contributions on women's struggle for recognition in society and the conflicts that confront the defense by active participation of women in public spaces. Historical moments marked by achievements in relation to public health policies for women sound to expatiate objective, from the Vargas Era to the present. There has been a recent Care Policy Health Care of women with great challenges, but considered a breakthrough in the field of women's rights. For the realization of this article used the literature review by consulting the articles published in journals, books and other scientifically relevant documents.

Keywords: Gender. Public Policy. Women's Health.

Quéren S. Martins

Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM – Vitória, ES. Assistente Social Residente - Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes.

E-mail: queren20@gmail.com

Denise C. Lyrio

Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM – Vitória, ES. Médica Ginecologista e Obstetra – Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes.

E-mail: denlyrio@zipmail.com.br

Introdução

Somos criadores de nós mesmos, da nossa vida, do nosso destino e nós queremos saber isto hoje, nas condições de hoje, da vida de hoje e não de uma vida qualquer e de um homem qualquer.

(Antonio Gramsci)

Este artigo foi elaborado com a perspectiva de fomentar a reflexão acerca da importância da luta das mulheres por reconhecimento enquanto sujeito de direito, assim como contribuir com estudos e trazer a título de conhecimento o panorama histórico das políticas públicas de saúde para mulheres no Brasil. Ao apontar a evolução de tais políticas, vê-se a necessidade de ampliar a discussão em torno de sua efetividade, vez que a história revela avanços, porém, um caminho ainda árduo se recria a todo o momento, a todo desafio, a cada conquista.

A partir dos anos 1930, novos conceitos sobre o estado de saúde das mulheres brasileiras foram adentrando o campo dos debates políticos, levando grupos e movimentos sociais a questionarem a assistência ou a falta dela às mulheres que tinham seu estado de saúde afetado e negligenciado. A luta por mudanças neste contexto de descaso público se deu por forte influência do Movimento Feminista que se organizou em prol dos direitos das mulheres, ainda não reconhecidos ou pouco reconhecidos, e destacou a importância de ações no campo das políticas públicas que acompanhassem o contexto da realidade socioeconômica e cultural em que viviam as mulheres brasileiras. As reflexões aqui apresentadas são frutos da busca em literaturas que abordam as temáticas de política social de saúde, gênero, Estado e sociedade.

Historicamente, segundo alguns marxistas, há uma defasagem no que se referem registros que discorram sobre a participação das mulheres nos campos da política, da economia e dos espaços considerados públicos, designados pela sociedade patriarcal como próprio do ser masculino. De acordo com Joan Scott (1990), feminista marxista que muito contribuiu para a introdução da discussão de gênero como categoria analítica no estudo das relações sociais, a própria história sofre em seus registros a falta de relatos sobre a vida da mulher, uma vez que a história da sociedade foi se constituindo e sendo relatada por homens já envolvidos a uma cultura machista que inferiorizava a mulher. Ou seja, o que se denomina por cultura machista, já se refletia nas primeiras experiências de relatos da própria história, o que resultou em registros sem relatos concisos que diz respeito à vida da mulher, suas lutas, desafios e conquistas. Este é um fator que contribuiu para a introdução tardia do estudo das relações sociais de gênero.

Pelo fato de ocorrer um atraso nos estudos acadêmicos com recorte de gênero, podemos compreender os tantos embates político-ideológicos que ainda enfrentam

a categoria. Na luta por proteção social e efetividade nas ações que assistam às mulheres, segmentos da sociedade civil por meio de movimentos sociais, exercem a cidadania ao buscar estreitamento na relação entre Estado e sociedade, devendo o poder público garantir assistência à mulher nas diversas nuances e aplicar recursos de modo a minimizar através de ações e programas os impactos sociais gerados pela disparidade existente na sociedade, fruto da desigualdade social e de gênero.

A ampliação de direitos direcionados às mulheres é uma luta constante dos movimentos sociais, que lutam para que também seja esta pauta prioritária do poder público. A importância dessa discussão se dá pelo fato de a população feminina, desde as classes sociais mais desfavorecidas até as que encontram facilidade na aquisição de conhecimento, estar caminhando rumo à compreensão do atraso que a história nos causou e o tanto somos impactadas pelo modelo patriarcal, que ao longo da história nos posicionou em pé de desigualdade de direitos em relação aos homens.

A presente iniciativa pretende contribuir com a reflexão sobre esta temática bem como auxiliar no processo de sensibilização em prol da efetividade de ações que minimizem as diferenças de gênero, em especial no campo da saúde.

Considerações acerca da conquista da mulher enquanto sujeito de direito

A política de saúde para mulheres apresenta evolução ao longo das décadas. A ideia de que a mulher era designada naturalmente e exclusivamente a exercer o papel de mãe, cuidadora da educação dos filhos, auxiliadora do marido, zelosa para com a casa e atenta às questões de saúde de toda a família, vem se desconstruindo ainda que com muitos desafios. Tal cultura colocava a mulher submissa ao marido, sem direitos participativos nos campos políticos e econômicos, por exemplo; sendo reconhecida apenas com a função de doméstica e própria do sexo feminino de procriação.

Nesse sentido, uma importante conquista para a mulher foi o advento do voto feminino ocorrido na era Vargas em período crescente de industrialização. A abertura para a participação feminina em espaços anteriormente inexistentes possibilitou a discussão acerca de questões políticas e econômicas inerentes ao interesse feminino, dando início a um processo de cidadania, quando a mulher passa a se reconhecer como sujeito e merecedora de ações que visem à melhoria de sua condição. Sobre isso diz Barsted (1994):

A política de ignorar ou de rejeitar o estado como interlocutor foi substituída em meados da década de 80, pela compreensão que a cidadania só se concretiza no diálogo Estado/Sociedade, tendo como cenário a democracia. (BARSTED, 1994: 102).

Adeptas a ideia de que a discussão de todos os campos e áreas de conhecimento, e não só as tidas como próprias do ser feminino como algo natural, podiam também ser discutidas pelas mulheres e não só pelos homens, introduziram nas pautas dos movimentos sociais, em especial o Movimento Feminista, a participação da mulher em espaços políticos, a serem visibilizadas enquanto seres políticos (Saffioti, 2004).

De acordo com Rodrigues apud Navarro e Muniz (2005), feministas e movimentos passaram a questionar a posição imposta ao ser mulher, que em esforço comum elaboraram críticas à ideia funcionalista de que a mulher cabe somente o espaço doméstico conferindo aos homens poderes e prerrogativas em relação às mulheres. Nesse sentido, na visão da autora, as relações sociais, todas elas, são relações de poder, relações estas que estavam sendo conformadas, fazendo com que a opressão e exploração à mulher se perpetuassem.

Ao expor a perspectiva de se construir um novo diálogo de entendimento, onde as relações sociais podem assumir condições de direitos igualitários, Rodrigues apud Navarro e Muniz (2005) defende a posição da mulher no campo da política para além da nova cultura educacional que deve sofrer as famílias brasileiras, mas que a mulher ocupe representatividade na construção da democracia enquanto regime político, que necessita não só ser pensada por homens, mas também pelas mulheres, e essencialmente por elas. Sobre isto, afirma a autora:

A preocupação com a participação política das mulheres emerge, inicialmente, no âmbito da própria sociedade civil organizada. (...) as desigualdades e injustiças soci-ais, em maior ou menor medida, refletem a correlação de forças políticas, sendo necessário ampliar a participação de representantes realmente comprometidos com a construção da democracia e da cidadania. Estes espaços precisam ser aperfeiçoados; outros espaços de participação precisam ser criados; e o diálogo entre Estado e Sociedade civil precisa ser aprofundado (RODRIGUES apud NAVARRO e MUNIZ; 2005: 24).

Ao se falar em política¹, pode-se entender segundo o dicionário de Política de Norberto Bobbio et. al (2000: 954-955) como “a idéia de poder. O poder que um homem exerce sobre o outro”.

Segundo Ribeiro² (2013), a:

palavra política deriva de politikós, do grego, e diz respeito àquilo que é da cidade, da pólis (na Grécia Antiga), da sociedade, ou seja, que é de interesse do homem

enquanto cidadão. Já na Grécia Antiga, um dos primeiros a tratar da política como uma prática intrínseca aos homens foi Aristóteles, com seu livro A Política. Ao longo do tempo, o termo política deixou de ter o sentido de adjetivo (aquilo que é da cidade, sociedade) e passou a ser um modo de “saber lidar” com as coisas da cidade, da sociedade. Assim, fazer política pode estar associado às ações de governo e de administração do Estado. Por outro lado, também diria respeito à forma como a sociedade civil se relaciona com o próprio Estado.

Para Pereira, política “*refere-se a planos, estratégias ou medidas de ação coletiva, formulados e executados com vista ao atendimento de legítimas demandas e necessidades sociais*” (PEREIRA; 2008:223).

Ou seja, a discussão e intervenção de como ampliar os espaços de participação das mulheres na política, enfrenta muitos embates, pois o conjunto de forças presentes em todo o arcabouço de Estado que vive o país brasileiro, aliado a cultura machista existente há séculos e reproduzida até hoje, coloca para a mulher obstáculos que para serem vencidos, é necessário conhecimento, compromisso com a luta, para que se eleve a conquista de posições e de poder nas decisões políticas. Para tanto, este fator vem sendo posto em prioridade nos estudos acadêmicos, nos partidos políticos, movimentos sociais e, sobretudo nos movimentos feministas que elaboram críticas contundentes sobre as formas tradicionais de política, desequilibradas, fragmentadas, que não incorporam de modo igualitário oportunidades políticas para o pleno exercício de cidadania pelas mulheres.

Evolução histórica da política de saúde para a mulher

A mulher brasileira, até meados do século XX denotava uma condição excludente, quais sejam: não tinha acesso à instrução, pouca participação político-social. A conquista do direito ao voto na década de 1930 amplia os direitos políticos das mulheres, mas isso não tem efeito imediato sobre a sua realidade social. Seu principal papel social era o de assumir a “ampliação da família” e a responsabilidade por seus filhos e pelo lar. Essa realidade, segundo Álvaro da Silva Santos (2012) somava-se à situação vivida por toda a população, que tinha que lidar com a baixa expectativa de vida, a precária ou quase inexistente assistência por parte do Estado no que se refere ao que hoje denominamos de seguridade social, assim como atenção frente ao adoecimento ou morte por doenças infecciosas, além de alta exclusão social vivida ainda mais intensamente por alguns grupos (negros, índios), não podendo deixar de se citar altos movimentos migratórios que pioravam ainda mais a condição da mulher (SANTOS; 2012).

1 Disponível em: <http://www.cmj.ensino.eb.br/ensino/notas_aula/2bim2012/8HIS09.pdf>. Coletado em: 20 jan. 2013.

2 Disponível em: <<http://www.brasilecola.com/sociologia/ideia-politica-norberto-bobbio.htm>>. Coletado em: 20 jan. 2013.

As mulheres brasileiras começam a contar com políticas de saúde destinadas especificamente a elas a partir da Era Vargas. Porém, tais políticas tinham como enfoque à proteção materno-infantil, sendo direcionada exclusivamente aos aspectos relacionados à sua condição de reprodutora e à saúde do bebê.

Nas décadas de 1930, 1940, 1950 e 1970, os programas existentes em prol da promoção da saúde das mulheres como o I Programa de Saúde Materno-Infantil, refletiam uma visão de mulher como a responsável pela educação e saúde dos filhos, além de cumprirem com seus afazeres domésticos.

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, contudo, o que se refere à saúde da mulher pouco se avançou. De acordo com Santos (2012) com exceção dos estados do sudeste e sul e de poucas capitais e cidades grandes

[...] a estruturação estadual e municipal de saúde só começa a partir dos anos 1960 com forte centralização e verticalização dos serviços de saúde e com instituição do Programa Materno Infantil. Em 1970, este programa é reampliado, mas as mudanças de 1930 a 1970 não avançaram a não ser pensar a mulher no ciclo gravídico-puerperal. (SANTOS; 2012 : 97).

Sobre isso escreve Costa apud Oliveira e Zamprogno (2010):

Na saúde pública, a perspectiva materno-infantil, oriunda da higiene moderna e inspirada por preocupações demográficas e eugênicas, traduzia-se em práticas de saúde voltadas para o controle da reprodução e da sexualidade, com vistas à redução da mortalidade infantil e à proteção da saúde das crianças. (COSTA *apud* OLIVEIRA; ZAMPROGNO, 2010: 64).

Com o processo de industrialização e urbanização, a mulher passa lentamente a assumir outros papéis sociais, a exemplo do seu acesso à escola e ao trabalho fora do ambiente doméstico.

O movimento feminista, a partir da década de 60, contribuiu significativamente, para a luta por direitos à saúde da mulher ganhando visibilidade ao denunciar a precariedade da saúde de mulheres brasileiras. Exigiam ações que proporcionassem melhoria das condições de saúde em todos os ciclos de suas vidas. A luta das feministas, nas décadas de 70 e 80, segundo Mori et. al., “foi fundamental para situar a repressão à sexualidade como estratégia de dominação” (MORI; DULTRA, 2006, p. 56). Ainda nesta perspectiva, dizem os autores:

Desde então, uma das principais bandeiras tem sido, “desfazer o lugar do corpo (da anatomia) como destino [...] de romper a lógica complexa de apropriação e subordinação do corpo feminino às definições de ordem privada e pública”. Assim, o tema da saúde sobressaiu-se

no cenário feminista (MORI; DULTRA, 2006: 47).

A década de 80 foi um período bastante marcante ao que tange à saúde da mulher. Os grupos organizados, principalmente de mulheres feministas, questionavam a desigualdade nas relações sociais entre homens e mulheres que se traduziam em problemas de saúde afetando particularmente a população feminina. Ao criticarem os padrões de masculinidade e feminilidade como produtores de sofrimento e adoecimento às mulheres, foi proposto que, ao elaborar, executar e avaliar políticas de saúde para a mulher utilizassem como suporte as relações sociais entre homens e mulheres. Organizadas em prol da luta por uma sociedade menos desigual, mulheres reivindicaram sua condição de sujeito de direito, que extrapolava necessidades no sentido reprodutivo, apontando a necessidade da implementação de ações que proporcionassem melhorias em todos os ciclos de vida (BRASIL/POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER, 2004).

Em 1984 então, o Ministério da Saúde criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Segundo Aquino (1999), o PAISM inovou, pois introduziu a discussão de cuidado considerando a integralidade da saúde da mulher, como ações educativas, preventivas, diagnósticos, tratamentos e também planejamento familiar e climatério dando importância às diversas necessidades em saúde e abrangendo os ciclos de vida da mulher. Isto marcou a história no que diz respeito à evolução das políticas públicas destinadas às mulheres.

Neste mesmo ano de 1984 ocorreu o 1º Encontro Nacional de Saúde das Mulheres; nele foram definidas políticas sociais de interesse das mulheres. O Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) e a Comissão Nacional de Estudo dos Direitos da Reprodução Humana foram criados pelo Ministério da Saúde em 1985. Nesse período, foram realizadas conferências com a proposta de uma nova política de saúde, como a Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher ocorrida entre 10 e 13 de outubro de 1986. Em 2003, a Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher (SEDIM), criada em 2002, se transformou em Secretaria Especial de Políticas para Mulheres (SPM) (AQUINO, 1999).

Também em 2003 em parceria com a sociedade, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher tendo por finalidade “organizar redes integradas de atenção para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, articulando ações de prevenção às DST/AIDS e às hepatites, promovendo o empoderamento feminino e a não repetição desses casos” (BRASIL, 2007: 5).

Considerado um ano promissor, 2003 foi o ano em que se incluiu a perspectiva de gênero nas discussões sobre saúde da mulher, surgindo novas proposições de ações da parte da Área Técnica de Saúde da Mulher do

qual identificaram a necessidade de articulação com outras áreas técnicas visando integrar atenção às mulheres rurais, indígenas, presidiárias, com deficiência, lésbicas e ainda sua participação em discussão e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente (BRASIL/POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER, 2004).

O campo da saúde das mulheres recebeu um avanço em 2004 quando aprovado o I Plano Nacional de Políticas para Mulheres. O plano apontou que a atenção à saúde integral da mulher se constituía uma das necessidades essenciais da população feminina. Também expressava a concepção de que as políticas voltadas para a saúde da mulher devem ser pensadas e articuladas na perspectiva das relações de gênero. Referenciando Mantamala (2005), superar o enfoque biológico, que relaciona a atenção à saúde da mulher apenas a aspectos reprodutivos implica não somente adotar o conceito de saúde integral, mas também as práticas em saúde que se referem a um conjunto de fatores que englobam questões psicológicas, sociais, ambientais, culturais e sexuais (MANTAMALA apud BRASIL/POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER, 2004).

Embora na luta pela atenção à saúde integral da mulher o conceito de saúde tenha se ampliado, sendo a ele incorporadas dimensões da sexualidade e da reprodução humana numa perspectiva de direitos, o mesmo continuou por muito tempo restrito à saúde reprodutiva, não abordando o processo saúde-doença.

De acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004), saúde reprodutiva foi definida, em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento como:

Um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não apenas mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo (CIPD apud BRASIL/POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER, 2004:11).

A discussão em torno da elaboração e implementação de políticas públicas que atendam às necessidades das mulheres fez reunir novas questões a serem incorporadas no II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres – II PNPM editado em 2007.

Outro marco muito importante foi aprovação da Lei Maria da Penha, ocorrida em 2006, que expressou um importante avanço no campo das políticas públicas, porque, além da sua função de coibir a violência contra mulheres, prevê ações no campo da prevenção e punição, buscando a erradicação da violência que constitui um

importante e grave fator de adoecimento de mulheres no Brasil e no mundo. Além disso, a violência doméstica pode contribuir para que se estruturam outras formas de violências, facilitando a ocorrência de brutalidades que geram condutas brutais e desvios psíquicos graves no espaço intrafamiliar.

Em suas disposições preliminares, a Lei Maria da Penha, diz em seu art. 1º:

Art. 1o Esta Lei cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8o do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Violência contra a Mulher, da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher e de outros tratados internacionais ratificados pela República Federativa do Brasil; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; e estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar (BRASIL, 2006:15).

Vale ressaltar que a implementação da Lei Maria da Penha se deu sob forte pressão, devido a um processo legislativo internacional, onde organizações em prol dos direitos humanos comunicaram à Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos, a omissão do Estado Brasileiro na impunidade de um crime de tentativa de homicídio praticado por duas vezes contra Maria da Penha Fernandes, uma farmacêutica cearense; crime este que esteve às vésperas de ser prescrito. O resultado desse processo foi a aceitação da denúncia contra o Estado Brasileiro pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos, além de determinar o julgamento do agressor, exigindo a elaboração de lei específica de proteção contra mulheres vítimas de violência. (SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES; 2006).

É certo que assim como a violência é expressão das desigualdades de gênero postas na sociedade e constitui importante fator de adoecimento feminino, outros elementos tornam as mulheres sujeitos vulneráveis, a exemplo da sobrecarga e da dupla jornada de trabalho, que também são importantes fontes de promoção da doença entre as mulheres. Fátima Lucena (2010, p. 72) escreve que “a saúde, a doença e as vulnerabilidades sociais estão articuladas de formas múltiplas e diferenciadas, expressando-se nas políticas sociais”. Porém, o enfrentamento das causas que levam ao processo de adoecimento de milhões de mulheres brasileiras está para além da competência da saúde pública e das políticas sociais de forma geral, porque demandam por mudanças nas estruturas de poder que organizam o Estado e a sociedade. Nesse sentido, as políticas públicas podem se constituir suportes para dar início ao processo de mudança, ou seja, podem ser importantes aliadas na promoção da mulher enquanto sujeito social.

Outro instrumento aprovado que também atua no campo da saúde e diz respeito à violência doméstica contra mulheres é a Lei 10.778/2004, que torna obrigatório (obriga os serviços de saúde a fazer) a notificação da violência doméstica e sexual contra mulheres pelos serviços de saúde. A ideia é que se notificados os casos de violência contra mulheres atendidas nas unidades de saúde, nos prontos atendimentos e na rede hospitalar, o governo tenha uma radiografia mais exata deste fenômeno e, assim, possa atuar com maior eficácia no combate à violência. Antes da Lei, apenas a rede hospitalar fazia a notificação.

Enquanto política pública, o Sistema Único de Saúde - SUS busca promover a atenção médica através de serviços de assistência à saúde e um dos grandes desafios seria reconhecer que para a mulher este serviço vai além de um mero atendimento médico em seu sentido clínico, afinal, já se reconhece no ato médico a possibilidade de educação em saúde, de modo a dimensionar o aspecto clínico a atribuição de “atenção, carinho, o direito à escuta em vista o momento de dor e de fragilidade, momento este que implica em necessidades especiais advindas do sofrimento físico-psíquico” (LUCENA, 2010, p. 75). Diante disto, o desafio das políticas públicas de saúde à mulher ultrapassa a oferta de atendimento médico restrito a questões biológicas, mas deve através de seus programas e ações visar assistência integral, percebendo a mulher usuária dos serviços como um ser conectado a um contexto social, sujeita a fragilidades que podem ser causadas não somente pelo fator doença em seus termos anatômicos, mas que perpassa por seu processo de adoecimento questões de ordem subjetiva, das quais também necessitam de atenção diferenciada.

Infelizmente, a visão simplista do processo saúde-doença, como um fenômeno apenas biológico e individual, ainda norteia as ações em saúde. Nesse olhar, os indivíduos são vistos como pacientes, ou seja, pessoas apenas com um histórico da sua doença e não uma história de família, de vida, de um trabalho, sentimentos e emoções próprias e únicas. Devemos analisar as situações de saúde-doença no contexto de profundas desigualdades sociais e de papéis hierárquicos distintos. As mulheres, na totalidade dos países se encontram entre os setores populacionais mais pobres. Essa desigualdade prevalece na repartição e utilização dos recursos para prevenção das doenças, promoção da saúde, assim como no processo saúde-doença e seus determinantes. Estes funcionam de forma diferente para homens e mulheres e definem desiguais condições de saúde-doença, vida, trabalho e de morte também (ARAÚJO, 1998).

Lucena (2010) afirma que 70% dos profissionais de saúde são mulheres e que, do universo de pacientes atendido por elas, 80% são mulheres. Portanto, há que se levar em conta o peso do gênero nas ações de saúde. Além disto, o movimento de mulheres vem se mostrando atento ao princípio da consecução da integralidade em saúde

como direito universal e como dever do Estado (LUCENA, 2010).

Nesse sentido, o momento atual no campo da saúde se revela desafiador, vez que o conceito de integralidade perpassa por todas as áreas de assistência formando uma rede de atenção complexa embutida no esforço de promover a educação em saúde em todos os setores da rede, que consequentemente se cruzam com a atenção em saúde seja ela primária, secundária ou terciária. A autora Fátima Lucena (2010) ainda afirma que os desafios em prestar atendimento especializado à mulher vão para além do se educar técnicos e gestores a um olhar atento a essa questão, mas perpassa a própria cultura organizacional em que vive o povo brasileiro, que embora viva um processo de desmistificação do machismo, ainda há sua predominância, o que culmina em ações sem recorte de gênero e sem considerar os direitos da mulher.

Considerações finais

A luta por direitos da mulher tem sido tema de vários estudos acadêmicos e movimentos que reconhecem a importância em se discutir a relação desigual que ainda vivem mulheres e homens na sociedade. Fruto da patriarcalismo, ainda na contemporaneidade observa-se e vivem-se práticas preconceituosas que subestimam a mulher e a colocam como inferiores aos homens, usando como justificativa sua condição natural.

Em tempos de globalização, de cultura tecnológica e novos espaços que o mundo do trabalho proporcionou a sociedade, a mulher luta em acompanhar o desenvolvimento externo em que passa toda a população brasileira. Isso pode nos fazer crer que o acesso ao conhecimento e a educação formal tem sido grandes aliados à aproximação da população feminina à compreensão de sua condição de sujeito político. Por isso, entende-se estarmos vivendo avanços no que diz respeito à atuação da mulher nos espaços públicos e com funções antes ocupadas somente pelos homens, ainda que com obstáculos, que vão se configurando como desafios.

Segundo Navarro e Muniz (2005), o processo político não pode ser feito apenas por homens pensantes, mas igualmente por homens e mulheres. No que se refere à atenção à saúde da mulher, tal ideia não difere; faz-se necessário ocupar o espaço de articulação em formulação de políticas e execuções por ambos os sujeitos, os que se consideram homens e os que mulheres, de modo que as diferenças de sexo não sejam postas como critérios para a participação ativa de mulheres.

As autoras ainda fazem uma reflexão de que o campo dos direitos não se restringe à ideia de mulheres que usufruem meramente de políticas específicas, mas de visionar as políticas setoriais como tentativas de amenizar o atraso sócio-político-econômico em que mulheres brasileiras vivem hoje, fruto da cultura machista herdada

e reproduzida até a atualidade. Desse modo, configuram-se desafios a toda sociedade civil, aos movimentos sociais, as academias e não obstante, ao Estado brasileiro, de tornar e manter como prioritário as condições desse grupo visto como minoria, sendo este fundamental a perpetuação da sociedade, não por sua condição natural de procriação, mas, sobretudo, por seu ser político e sujeito de direito.

Referências

- AQUINO, E. M. L. (1999). A questão de gênero em políticas públicas de saúde: situação atual e perspectivas. In: SILVA, A. L.; LAGO, N. C. S.; RAMOS, T.G.O. (Org.) *Falas de gênero: teorias, análises, leituras*. Florianópolis: Editora Mulheres, p. 161-171.
- ARAÚJO, M. J. O. (1998). Papel dos governos locais na implementação de cuidados de saúde com perspectiva de gênero: o caso do Município de São Paulo. In: *Seminár Women's And Health Mains-Tream-Ing The Gender Perspective Into The Health Sector*, Túnis, Tunísia. Anais... [São Paulo].
- BARSTED, Leila L. (1994). Em busca do tempo perdido – Mulher e políticas públicas no Brasil, 1983-1993. *Estudos Feministas*, número especial, 2o sem.
- BOBBIO, N.; MATTEUCI, N., PASQUINO, G. *Dicionário de Política*. Brasília: Editora UnB, 11ª Edição; 2000, p. 9544-955.
- BRASIL. Lei Maria da Penha. Lei 11.340 (2006). Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. *Lei Maria da Penha: do papel para a vida*. Brasília: Câmara dos Deputados, 90p.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
- LUCENA, M. F. G. *Saúde, Gênero e Violência: um estudo comparativo Brasil/França sobre a saúde da mulher negra*. Recife: Ed Universitária da UFPE, 2010.
- MORI, Natalia, DULTRA, Eneida. *Trabalhadoras Domésticas em luta. Direitos, igualdade e reconhecimento*. Brasília: Centro Feminista de Estudos e Assessoria, 2006.
- NAVARRO, Tania, MUNIZ, Diva. *Mulheres em ação: práticas discursivas, práticas políticas*. Florianópolis: Ed. Mulheres; Belo Horizonte: PUC Minas, 2005.
- OLIVEIRA, Aline; ZAMPROGNO, Luana. *As implicações da violência doméstica na saúde da mulher*. (2010). Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Departamento de Serviço Social, EMESCAM, Vitória.
- PEREIRA, P. A. P. *Política Social: temas e questões*. São Paulo: Cortez, 2008.
- SAFFIOTI, H. I. B. *Gênero, patriarcado e violência*. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, 2004.
- SANTOS, A. S. *Saúde Coletiva: Linhas de cuidado e consulta em enfermagem*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
- SCOTT, J. *Gênero: uma categoria útil de análise*. Porto Alegre: Educação e Realidade, 1990.

Recebido em 08/12/2014 e aceito em 30/05/2015