

Relações de gênero, processo saúde-doença e uma concepção de integralidade

Wilza Vieira Villela¹

Introdução

Refletir sobre a abordagem do processo saúde-doença a partir das relações de gênero pode parecer supérfluo. O campo da saúde coletiva se constrói na articulação entre as ciências humanas e sociais, a epidemiologia e a política, disciplinas que, por vocação, têm-se debruçado sobre os efeitos das diferentes desigualdades sociais na produção das doenças e da experiência de bem-estar e satisfação entendida como saúde.

Não se tem, portanto, a pretensão de reiterar aquilo que, de alguma forma, já é sabido: o gênero, enquanto um dos eixos estruturantes das identidades humanas, define para mulheres e para homens padrões diferenciados nos “modos de andar a vida”, marcados pela supremacia masculina em várias esferas da vida social, como o acesso ao poder e a riquezas. A vida, o adoecimento e a morte de mulheres e homens são organizados a partir das desigualdades de gênero, que contribuem para um perfil específico de morbimortalidade, distinto para mulheres e para homens, embora igualmente injusto⁷.

As reflexões presentes neste texto visam, assim, aprofundar algumas das ideias apontadas acima, sublinhando os avanços que a abordagem as relações de gênero têm trazido para o campo da saúde coletiva e apontando dúvidas e lacunas que ainda persistem.

Gênero e processo saúde-doença

Gênero, categoria originada no pensamento feminista para desconstruir a explicação anátomo-fisiológica da subordinação social das mulheres, rapidamente foi incorporada pelas ciências humanas e sociais, na perspectiva de que só é possível compreender o fato humano a partir da teia de relações

que transformam o *homo-sapiens* em sujeitos. Dentre estas, as relações sociais de sexo, o *gênero*, assumem importância inquestionável.

Gênero aponta para uma relação, dado que um suposto “feminino” só existe em oposição à um suposto “masculino”. Aponta também para a relação entre os atributos “feminino” e “masculino” e os sujeitos identificados como mulheres ou homens.

Gênero tem sido um dispositivo amplamente utilizado na análise de comportamentos e práticas individuais e de grupos, embora este tipo de uso exija que também sejam consideradas as capacidades individuais de agenciamento da própria vida. Estas, mesmo que atravessadas pelo gênero, trazem a marca da singularidade dos sujeitos.

Outra das potencialidades da aplicação dessa categoria é a análise de situações coletivas, nas quais a atribuição de lugares sociais diferenciados para homens e mulheres se expressa como uma moldura que configura a vontade e a ação do sujeito, mesmo que este não o perceba. Esta produção de símbolos e signos demarcatórios dos lugares sociais de homens e de mulheres contribuiu para a reprodução das desigualdades entre os gêneros no âmbito das relações interpessoais. Um bom exemplo disto é a organização das práticas de atenção básica, que privilegia as mulheres e o cuidado com a reprodução, reforçando de modo simbólico a redução do sujeito mulher a uma função social e possibilitando que, no âmbito das relações interpessoais, seja também entendido que a casa – lócus de reprodução social – é fundamentalmente um espaço de responsabilidade das mulheres.

Apesar da sua importância na determinação social da vida cotidiana, *Gênero* não atua de forma isolada. Existe uma complexa sinergia entre gênero, classe social e etnia na produção das desigualdades sociais. Não se pode pensar em desigualdades de gênero sem situar o sujeito também em relação à sua classe social e ao seu pertencimento étnico, e

¹ Médica, coordenadora do GT gênero e saúde da ABRASCO entre 2004 e 2008, professora visitante do Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da UNIFESP e docente do programa de pós-graduação em Promoção da Saúde da UNIFRAN.

deve-se considerar que o peso de cada um destes determinantes varia em função de cada sujeito e da sua história particular.

Gênero também atua de modo complexo em relação à sexualidade, em especial no que diz respeito à diversidade sexual. O sentido binário da categoria gênero não dá conta de abarcar a multiplicidade de identidades sexuadas que os sujeitos podem assumir. Gênero - pensado como masculinidade e feminilidade, traz a perspectiva do heterossexismo e se ancora na biologia reprodutiva com a qual pretende romper. As relações de poder que se estabelecem entre homens e entre mulheres a partir de relações não heterossexuais não são plenamente explicadas por gênero, do mesmo modo que esta categorização exclui as pessoas que não se sentem exatamente homens ou mulheres, como os transexuais e travestis.

Estes dois últimos pontos assumem especial importância no Brasil hoje. A promoção da equidade, diretriz que deve nortear as ações do Sistema Único de Saúde (SUS), exige que se reconheçam as necessidades específicas dos grupos mais desfavorecidos, como as mulheres negras ou as pessoas trans, por exemplo, de modo a garantir o seu acesso não apenas aos serviços de atendimento à doenças, mas também à saúde de modo mais amplo – a supostas sensação de bem-estar e satisfação que deriva do sentir-se respeitado e acolhido!

No SUS, o reconhecimento das desigualdades de gênero para a promoção da equidade é um compromisso derivado da responsabilidade que o sistema toma para si, de produzir saúde, e não apenas tratar doenças. Tarefa complexa, pois saúde é algo que diz respeito à experiência do sujeito na sua relação consigo mesmo, e que não deve ser tomada como a contraface de uma situação objetivável que se denomina "doença"⁵. Embora no âmbito da saúde coletiva seja assumido que existe um processo dinâmico entre saúde e doença, que assim poderiam ser olhadas como os pontos limites de um *continuum*, de fato esta não é a experiência dos sujeitos, que em geral estabelecem claras divisões entre estar saudável e estar doente, mesmo que nem sempre conforme a nosologia médica.

Sem avançar nesta pertinente discussão, parece adequado refletir como *Gênero* tem sido apropriado no campo da Saúde Coletiva Brasileira e pelo Sistema Único de Saúde.

Dada a sua origem na teoria feminista, gênero começa a ser usado nos estudos da saúde coletiva tendo como foco as mulheres e as suas vivências no campo

da reprodução. O sentido destes estudos estava, portanto, diretamente relacionado ao objetivo político de desnaturalizar a reprodução, ou seja, a gravidez, o parto, a amamentação são fenômenos sociais, pois são vivenciados por mulheres que portam uma história e uma subjetividade, e são fortemente significados nas diferentes culturas e sociedades. Logo, gênero passou a ser utilizado nos estudos sobre homens e sobre masculinidades, na perspectiva de poder-se entender melhor sobre mortalidade masculina decorrente de vários agravos evitáveis, como a violência, o uso de substâncias, a Aids. No campo da saúde coletiva, a categoria gênero é utilizada, embora de modo distinto, tanto pelos estudos de ciências sociais e saúde como nos estudos epidemiológicos e de planejamento em saúde⁹.

No SUS, o processo de incorporação da dimensão de gênero nas políticas, planos e programas tem sido mais lento, dado que uma categoria de interpretação da realidade não se traduz facilmente em ações programáticas.

Um primeiro esforço foi a substituição dos programas de atenção materno infantil pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, sendo que, neste contexto, "integral" significava um reforço à necessidade de reconhecimento das mulheres como sujeitos inteiros. Após muitos anos, um segundo passo está sendo dado, com a elaboração de uma política de saúde integral para os homens. Experiências pioneiras, como de ambulatório para atendimento de transexuais em São Paulo, também são iniciativas que buscam reconhecer a dimensão de gênero na produção da saúde e da doença e promover saúde a partir de uma ação do SUS.

Dado que a construção de uma política pública com perspectiva não é simples ou já sabida, vale a pena considerarmos as propostas e inflexões do pioneiro Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, o PAISM, de 1984.

Gênero e Integralidade

A idéia de Integralidade aparece como uma das proposições orientadoras do PAISM, em 1984, significando a oferta de assistência às mulheres em todas as fases da vida, e o reconhecimento das mulheres como sujeitos dos seus corpos e das suas vidas. Desta forma, o PAISM buscava promover mudanças na atenção à saúde das mulheres e promover mudanças na relação das mulheres consigo mesmas.

A redefinição das ações de saúde dirigidas às mulheres correspondia às novas demandas de saúde

decorrentes das transformações na condição social das mulheres, ocorridas na segunda metade do século XX. Transformações que possibilitavam que as mulheres, com acesso à renda e à contracepção, pudessem ocupar outros espaços sociais, e não apenas o espaço doméstico. Para que esta ocupação de novos espaços não se traduzisse em uma tarefa a mais, e sim na conquista de maior autonomia, era necessário uma mudança de mentalidades. Neste sentido, na proposição do PAISM são enfatizadas as ações educativas, consideradas estratégicas na promoção de cidadania das mulheres. A relação provedor-usuária deveria estar marcada pelo reconhecimento das desigualdades de gênero e seus efeitos sobre a saúde das mulheres⁴.

Os esforços de implantação do PAISM caminharam *pari-passu* com a Reforma Sanitária brasileira, que culminou com a criação do SUS. As propostas de extensão de cobertura, regionalização e hierarquização da assistência, integração de serviços, ações de cuidado, prevenção e promoção de saúde e o pressuposto de que processo saúde-doença é decorrente das situações que cada um enfrenta no cotidiano da vida, contidas no PAISM, foram incorporadas ao SUS.

Ao longo dos mais de 25 anos desde o momento de elaboração do PAISM, novas mudanças ocorreram na vida das mulheres. O SUS também cresceu e modificou, dadas as mudanças que tem passado a sociedade brasileira e o aprendizado decorrente do seu processo de implantação. Neste percurso, a idéia de integralidade e de atenção integral à saúde, apoiadas sobre as práticas concretas dos serviços, ganha um largo escopo de interpretações e sentidos, como princípio e prática³.

A atualização da agenda de saúde das mulheres deve, simultaneamente, buscar maior proximidade das demandas mais recentes das mulheres brasileiras e da agenda do SUS. Isto exige atenção para o trajeto percorrido por este sistema e a tradução do ideário político do PAISM em ações que possam ser operacionalizadas nos serviços. É necessário garantir às mulheres meios para evitar gestações, quando elas querem ter sexo sem reproduzir, e oferecer bom acompanhamento à gravidez e ao parto, para quem deseja ter filhos. E como as mulheres têm sexo ao longo da vida, é necessário garantir a prevenção do câncer do colo uterino, das DST e do HIV. No entanto, prestar uma boa assistência à saúde sexual e reprodutiva das mulheres é o mesmo que desenvolver uma política de saúde com perspectiva de gênero?

A persistência de óbitos maternos, de gestações indesejadas e de abortos inseguros no País demonstra que a atenção à saúde reprodutiva deve ser uma prioridade para os gestores, entendendo-se que a produção de novos seres é uma tarefa que beneficia a sociedade, logo o cuidado com a saúde reprodutiva é uma ação para a sociedade, e não apenas para as mulheres.

Ao mesmo tempo, o envelhecimento da população e a maior sobrevivência das mulheres, o aumento dos casos de obesidade, de diabetes e de doenças cardiovasculares entre mulheres, o aumento dos problemas de saúde mental e do uso de substâncias, são agravos à saúde cada vez mais frequentes entre a população feminina, e que também devem ser considerados no planejamento e organização das práticas de saúde. Acrescente-se a isto os problemas decorrentes da violência contra mulheres que desembocam nos serviços sob forma de sintomas físicos e mentais variados, como mais um item do rol de problemas de saúde que devem ser enfrentados na busca de uma atenção integral.

Agregar outros componentes da atenção à saúde, como ações voltadas para o processo de envelhecimento, específicas para mulheres e para homens, ações para as jovens adolescentes, ou mesmo a ampliação de ofertas, com atenção nutricional e fisioterapia, talvez também não resolvam o problema. Embora seja necessário reconhecer que mulheres e homens têm demandas distintas de saúde, isto talvez não seja suficiente para promover equidade e reduzir os agravos à vida e à saúde, que têm origem nas desigualdades de gênero. Qual deveria ser, portanto, a articulação entre atenção integral e abordagem de gênero?

À exceção do direito ao aborto seguro, as reivindicações do movimento feminista no campo da saúde têm sido atendidas e incorporadas à agenda governamental. Ao mesmo tempo, novos movimentos sociais, como o movimento de luta contra a Aids, o movimento de luta antimanicomial, o movimento LGBTTT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transgêneros) e o movimento negro eclodem com demandas específicas ao SUS, apontando necessidades particulares das mulheres de cada um destes segmentos. Mulheres negras são mais mal atendidas nos serviços de saúde que as brancas, mulheres que vivem com HIV têm seus direitos sexuais e reprodutivos pouco respeitados, mulheres lésbicas são invisíveis nos serviços de saúde, por exemplo. Ou seja, a demanda por uma política de atenção integral à

saúde das mulheres, que busque atender as diferentes necessidades de diferentes mulheres não está mais restrita aos movimentos feministas, e a promoção da equidade assume outros conteúdos além da redução das desigualdades de gênero.

Desigualdades que pouco têm se modificado, em que pesem as mudanças na condição social das mulheres. O trabalho fora de casa não tem reduzido significativamente a sua carga de trabalho doméstico, sua remuneração não é equiparada à remuneração de um homem com a mesma qualificação. À pouca valorização do seu trabalho se soma o pouco respeito ao seu corpo, traduzido na violência sexual, na violência doméstica e mesmo na maneira como alguns serviços de saúde lidam com as queixas femininas.

Está fora do escopo de ação do setor saúde garantir salários iguais ou impedir a violência, mas está rigorosamente dentro da sua esfera de ação reconhecer os sintomas físicos ou mentais relacionados ao excesso de trabalho ou à violência, tratando-os não apenas como uma questão de saúde individual, mas como um problema social e coletivo que se reflete sobre indivíduos. Esta, portanto, é uma integralidade que imediatamente se articula à promoção da equidade de gênero. É integral aquele serviço que oferece alternativas terapêuticas para doenças, mas que também é capaz de oferecer alternativas para os problemas de saúde das mulheres, como a sobrecarga de trabalho, a violência, as dificuldades em lidar com a própria sexualidade, e tantas outras situações que perturbam o seu bem-estar. É integral também o serviço que considera o sujeito a partir a sua história, e não o fragmenta como apenas um corpo ou um sintoma. Ao serem reconhecidas como sujeitos, as mulheres passam a interagir como tal.

Na perspectiva de fazer avançar a integralidade na atenção à saúde das mulheres, em 2004 o PAISM é incorporado na Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher, PNAISM, formulada visando atender os princípios de horizontalidade e respeito à autonomia dos municípios que regem o SUS e ampliar suas áreas estratégicas de atuação².

Pouco depois, em 2008, foram elaborados os princípios da Política Nacional de Saúde do Homem, considerando que o não reconhecimento das necessidades de saúde dos homens acaba por reforçar estereótipos de força/fragilidade relacionados ao masculino e ao feminino, o que tem trazido consequências negativas para a saúde de ambos. Nas duas iniciativas, abre-se o desafio de buscar

recuperar a dimensão pedagógica da atenção à saúde, no sentido da produção do outro como sujeito a partir do seu reconhecimento como tal.

A existência de uma Política de Saúde do Homem, ao lado de uma Política de Saúde da Mulher, pode ser entendida como mais um passo no caminho da construção de propostas de atenção integral e também de promoção da equidade de gênero.

O discurso da integralidade é retomado no pacto pela saúde, em 2006, na perspectiva da “efetividade, eficiência e qualidade da resposta do sistema”, como ênfase na garantia do acesso da população a todos os níveis do sistema, e também nos instrumentos que buscam dotar as práticas em saúde das perspectivas de humanização e cuidado¹. Estas propostas não fazem menção ao compromisso de promoção de equidade de gênero, e são elaboradas como se as demandas de saúde de mulheres e homens fossem semelhantes. O mesmo ocorre com as propostas de promoção de saúde. Embora estas se apresentem como os espaços privilegiados do SUS para a realização de uma pedagogia de cidadania, as orientações sobre autocuidado e o cuidado com o outro e o incentivo à participação social e comunitária não levam em conta as necessidades distintas de homens e mulheres.

Algumas hipóteses podem ser aventadas para a redução progressiva da prioridade dada à dimensão pedagógica das ações em saúde voltadas para a equidade de gênero no período que se seguiu à formulação do PAISM até os dias atuais. Dentre estas, deve-se destacar aspectos da organização dos serviços e da formação dos profissionais. O esforço para acolher toda a demanda, ampliada quantitativa e qualitativamente desde a implantação do SUS, e a orientação de que não é legítimo negar aos usuários do SUS o acesso aos avanços tecnológicos da biomedicina e da indústria farmacêutica nos últimos anos, têm criado pressões sobre serviços, profissionais e mesmo usuários. Embora não seja impossível atender a estas demandas incorporando com ações resolutivas de acolhimento com caráter educativo, na perspectiva da promoção da equidade de gênero, não têm sido essa a tendência. Falta de tempo para o atendimento, falta de espaços adequados, falta de profissionais têm contribuído para que a atenção à saúde em muitos serviços assumam um caráter marcadamente medicalizante e medicalizado⁸.

Ao mesmo tempo, durante a sua formação, os profissionais de saúde têm pouquíssimo contato com discussões que os capacitem a lidar com os deter-

minantes sociais do processo saúde-doença e com as desigualdades de gênero. Ademais, a formação do profissional de saúde tem assumido cada vez mais um caráter tecnicista, descolado da dimensão pedagógica inerente ao trabalho em saúde e da abordagem do sujeito na sua singularidade humana. O aprendizado do profissional de saúde toma como referente um corpo biológico, sem história, sem subjetividade, e sem distinção entre homens e mulheres.

Este é um contrasenso. As mulheres são as principais usuárias das unidades básicas de saúde e dos núcleos de saúde da família, NASFs. Sem maior reflexão crítica, dá-se por suposto que as necessidades reprodutivas das mulheres respondem por esta procura, o que é um equívoco. As mulheres procuram os serviços talvez porque se sintam adoecidas, ou talvez porque as pressões do cotidiano, a sobrecarga de trabalho e a reiterada desqualificação das suas potencialidades as façam sentirem-se distantes da ideia de bem estar e de satisfação, a saúde. E os homens? Não adoecem, não se sentem adoecidos ou os serviços não estão conformados para acolher suas demandas? Até que ponto a Política de Atenção Integral à Saúde dos Homens conseguirá favorecer o acesso desta parcela da população aos serviços de saúde sem interferir na organização dos serviços de atenção básica em saúde, em especial nos horários de funcionamento, nos fluxos e rotinas de trabalho?

Considerações finais

Tomar gênero como categoria analítica para a compreensão das diferenças do processo saúde-doença é um caminho que tem sido trilhado por diferentes pesquisadores do campo da saúde coletiva, com resultados significativos, em especial no sentido de apontar que gênero não está referido a mulheres, unicamente, mas relações sociais que deixam as mulheres em desvantagem, e expõem mulheres e homens a riscos desnecessários à saúde. A tradução destes resultados em ações programáticas no campo da saúde também tem sido buscada, apesar dos desafios trazidos pela utilização de uma categoria teórica e abstrata na organização de ações práticas, e da falta deste tipo de reflexão durante a formação profissional em saúde. A diretriz de integralidade presente no SUS estimula os esforços de enfrentamento deste desafio. Cabe aos pesquisadores continuar provendo gestores e sociedade civil de informações que facilitem o reconhecimento das interações entre desigualdades de gênero e processo saúde-doença; cabe aos formadores de recursos humanos para a

saúde incorporarem a discussão sobre as desigualdades de gênero e seus impactos sobre a saúde de mulheres e homens nos currículos profissionais; e cabe às mulheres e homens usuários do SUS continuarem buscando as formas de diálogo e participação social previstos constitucionalmente, de modo a tornar claras as suas demandas, possibilitando que os serviços de saúde sejam, de fato, promotores da equidade de gênero, condição intrínseca para a produção de saúde e de cidadania.

Referências bibliográficas

1. BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília (DF); 2006.
2. Brasil. 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. Brasília (DF); 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
3. Camargo Jr., K. R. Apresentação. In: Pinheiro, R., Mattos, R.A., organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco; 2001. p.11-16.
4. Costa, A.M. Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Saúde Soc. 2004; 13 (3): 5-15.
5. Gadamer, H.G. O Caráter oculto da saúde. Petrópolis: Vozes; 2006.
6. Marques, O. As mulheres e os serviços formais: o que mudou na década de 1990? Revista Núcleo Transdisciplinar Estudos de Gênero. 2007; 6 (2): 59-77.
7. Oliveira, E. M., Villela, W. V. O campo da saúde coletiva à luz das relações de gênero: um diálogo difícil e conflituoso. In: Swain, T., Munis, D. organizadores. Mulheres em ação: práticas discursivas, práticas políticas. Belo Horizonte: PUCMINAS/Mulheres; 2005. p 101-120.
8. Villela, W. V., Cardoso E, Cuginotti A, Ramos, L. R., Ribeiro, S.A., Hayana, E. T., Brito, F. C. Desafios da Atenção Básica em Saúde: A Experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública 2009; 25 (6): 1316 – 1324.
9. Villela, W.V., Monteiro, S., Vargas, E. A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. Ciência e Saúde Coletiva. 2009; 14(4): 997-1006.