

Eqüidade de gênero e saúde das mulheres*

GENDER EQUALITY AND WOMEN'S HEALTH

EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD DE LAS MUJERES

Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca¹

* Conferência apresentada no 3º Congresso Brasileiro de Obstetras e Enfermeira(o)s Obstetras e Neonatologistas, Salvador, 18 de julho de 2002.

¹ Enfermeira. Professora Titular do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) Pesquisadora 1B do CNPq. Líder do Grupo de Pesquisa Gênero, Saúde e Enfermagem, inscrito no Diretório de Grupos de Pesquisa do Brasil Ref. USP 0497. rmgfon@usp.br

RESUMO

Inicialmente são contadas duas histórias: uma ocorrida na Idade Média, em Florença, Itália, e outra na década de 90, do século passado, no Rio de Janeiro, Brasil. Ambas referem-se ao princípio da Justiça, o pilar ético da Eqüidade. A partir daí é feita uma análise de gênero da situação de saúde das mulheres e o quanto ela reflete as iniquidades advindas das condições de desigualdade social a que estão submetidas. Conclui que adotar a eqüidade de gênero como *conceito ético associado aos princípios de justiça social e direitos humanos* significa re-olhar o cotidiano de milhares de mulheres, indignar-se com o sofrimento e provocar transformações, sem confundir o direito à assistência digna e respeitável por serem, antes de tudo, cidadãs, com o imperativo de tê-las hígdas e produtivas, por serem geradoras e mantenedoras da força de trabalho presente e futura, de quem a sociedade depende para a geração da riqueza social.

DESCRITORES

Eqüidade.
Identidade de gênero.
Saúde da mulher.
Justiça social.

ABSTRACT

Two stories are told: one that took place in the Middle Ages in Florence, Italy, the other in the 90s in Rio de Janeiro, Brazil. Both refer to the principle of Justice, the ethical pillar of Equality. From them is developed a gender analysis of the women's health situation and how much it reflects the iniquities that result from the conditions of social inequality to which they are subjected. The conclusion is that the adoption of gender equality as an *ethical concept associated with the principles of social justice and human rights* means to look over the daily life of thousands of women, to be indignant with the suffering and to bring about transformation, without mixing the right for dignified and respectable assistance because they are being, before anything, citizens, with the need to be healthy and productive, for being generators and maintainers of the present and future work force, of whom society depends for generating social wealth.

KEY WORDS

Equity.
Gender identity.
Women's health.
Social justice.

RESUMEN

Inicialmente se cuentan dos historias: una ocurrida en la Edad Media, en Florencia-Italia, y otra en la década del 90, en Rio de Janeiro, Brasil. Ambas se refieren al principio de Justicia, el pilar ético de la Equidad. A partir de ahí se realiza un análisis de género de la situación de salud de las mujeres y lo que ella refleja en cuanto a las inequidades advendidas de las condiciones de desigualdad social a que están sometidas. Concluye que adoptar la equidad de género como *concepto ético asociado a los principios de justicia social y derechos humanos* significa volver a mirar el cotidiano de millares de mujeres, indignarse con el sufrimiento y provocar transformaciones, sin confundir el derecho a la asistencia digna y respetable por ser, antes de todo, ciudadanas, con el imperativo de tenerlas productivas, al ser generadoras y manutensoras de la fuerza de trabajo presente y futura, de quien la sociedad depende para la generación de la riqueza social.

DESCRIPTORES

Equidad.
Identidad de género.
Salud de las mujeres.
Justicia social.

UMA PONTE SOBRE O RIO DO TEMPO UNE DUAS HISTÓRIAS. SEU NOME: INJUSTIÇA!

Início com duas histórias: uma ocorrida na Ida-de Média, em Florença, na Itália, e outra no Rio de Janeiro, em 1996. A primeira consta de um texto de José Saramago apresentado no encerramento do Fórum Social Mundial 2002, em Porto Alegre⁽¹⁾. A segunda, publicada numa revista popular, retrata um fato corriqueiro entre nós. Ambas referem-se ao princípio da Justiça, pilar ético da Equidade. Mantenho os textos originais para não perder a riqueza de detalhes e em Saramago a beleza do vernáculo:

Estavam os habitantes nas suas casas ou a trabalhar nos cultivos, entregue cada um aos seus afazeres e cuidados, quando de súbito se ouviu soar o sino da Igreja. Naqueles piedosos tempos (estamos a falar de algo sucedido no século XVI) os sinos tocavam várias vezes ao longo do dia e por esse lado não deveria haver motivo de estranheza, porém, aquele sino dobrava melancolicamente a finados e isso, sim, era surpreendente, uma vez que não constava que alguém na aldeia se encontrasse em vias de passamento. Saíram, portanto, as mulheres à rua, juntaram-se as crianças, deixaram os homens a lavoura e os mesteres e, em pouco tempo, estavam todos reunidos no adro da igreja, à espera que lhes dissessem a quem deveriam chorar. O sino ainda tocou por alguns minutos mais, finalmente calou-se. Instantes depois a porta abria-se e um camponês aparecia no limiar. Ora, não sendo este o homem encarregado de tocar habitualmente o sino, compreende-se que os vizinhos lhe tenham perguntado onde se encontrava o sineiro e quem era o morto. 'O sineiro não está aqui, eu é que toquei o sino', foi a resposta do camponês. 'Mas então não morreu ninguém?', tomaram os vizinhos, e o camponês respondeu: 'Ninguém que tivesse nome e figura de gente, toquei a finados pela Justiça porque a Justiça está morta'. Que acontecera? Acontecera que o ganancioso senhor do lugar (algum conde ou marquês sem escrúpulos) andava desde há tempos a mudar de sítio os marcos das extremas de suas terras, metendo-se para dentro da pequena parcela do camponês, mais e mais reduzida a cada avançada. O lesado tinha começado por protestar e reclamar, depois implorou compaixão e, finalmente, resolveu queixar-se às autoridades e acolher-se à proteção da justiça. Tudo sem resultado, a expoliação continuou. Então, desesperado, decidiu anunciar urbi et orbi (uma aldeia tem exacto tamanho do mundo para quem sempre nela viveu) a morte da Justiça...

A história vivida por Eloísa Moreira de Moraes⁽²⁾ consta de um diário onde ela registrou a

seqüência de fatos que marcaram sua gravidez e os cinco meses em que o filho sobreviveu em um hospital público do Rio de Janeiro. A reportagem revela a sucessão de erros que teriam sido cometidos do parto à morte da criança. Reproduzo alguns trechos, mesmo considerando ser uma revista não especializada em saúde e, por conta disto, cometer pecados em relação à análise dos fatos. Seu valor está em expor a nu e, em detalhes, o triste caminho percorrido por uma das inúmeras mulheres brasileiras que sofrem à procura de assistência para si e para seus filhos. Tais caminhos permeiam o cotidiano assistencial e não raro culminam com mortes ou seqüelas evitáveis. Inicia assim o texto que introduz o diário:

Depois de perder o emprego de administradora em uma agência de seguros, Eloísa Moreira de Moraes descobriu estar grávida. Como era solteira e não tinha mais plano de saúde, o irmão ofereceu-se para arcar com as despesas do parto. Eloísa preferiu procurar o Instituto Fernandes Figueira - um hospital público do Rio de Janeiro - considerado modelo para casos de gravidez de risco. Ela estava com 39 anos. O filho de Eloísa morreu em julho de 1996, após uma agonia que durou cinco meses. Causa mortis: 'pneumonia; paralisia cerebral; asfixia peri-natal', segundo a certidão de óbito (...). Bernardo sofreu asfixia durante o parto - que teria sido provocada pela insistência do médico residente em realizar um parto normal. A cesariana foi feita, mas com atraso.

Um impressionante percentual de 40% das acusações feitas ao Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (Cremerj) é referente a bebês que morreram ou ficaram com seqüelas por problemas durante o parto. A maior parte das mães tem em comum o perfil social: pobres, com pouca instrução e sem acesso à rede particular de saúde. Em carta enviada a Eloísa, (...)presidenta da Associação das Vítimas de Erros Médicos, afirma que o maior índice de erros ocorre por 'péssimo atendimento na hora do parto'. Diz mais: '60% dos portadores de paralisia cerebral são assim por terem passado da hora de nascer.

Eloísa inicia o relato em junho de 1995, primeira consulta pré-natal. Não refere intercorrências e entra em trabalho de parto em fevereiro de 96. Começa o drama^(a):

7 de fevereiro de 1996: As dores começam. Estou entrando na 42ª semana de gestação. No Instituto Fernandes Figueira, receitam Buscopan e repouso.

8 de fevereiro de 1996: à tarde, as dores recomeçam piorando à noite. Às 21h30 min elimino um tampão de sangue. Tento um táxi, mas a chuva

^(a) Para efeito desse artigo, os nomes dos médicos e médicas foram suprimidos, apesar de constarem da reportagem.

afugenta os motoristas. Apelo para minha irmã que chega às 23 h. Uma hora depois, estamos no hospital. Só que não há vaga. A minha irmã mora perto, mas as ruas inundadas dificultam a volta. Em casa, vou para a banheira, na esperança que a água morna diminua as dores.

9 de fevereiro de 1996: de madrugada, as dores aumentam e, às 2:20hs estamos de volta ao Fernandes Figueira. A cada reclamação, receitam Buscopan. O dia amanhece e chamo a médica de plantão. Após o exame de toque, ela diz que a dilatação já é suficiente. Vou para a sala de pré-parto, onde estão quatro médicos residentes. O residente (...) que comandará o parto, diz que ainda não é hora de Bernardo nascer. Enquanto isso, conversa com o colega (...). Os dois falam sentados na minha cama, gesticulando o tempo todo, como se estivessem numa sala de estar. A terceira residente (...) faz outro exame de toque e alerta (...): 'a dilatação aumentou, mas o bebê não desce...' O anestesista (...) não consegue aplicar o cateter para injetar a primeira dose de anestesia. O motivo: a cama balança com a animação da conversa entre (...) [os dois médicos] que discutem os planos para o Carnaval. O anestesista pede que os dois saiam. Nova espera. (...) [o primeiro médico] volta e tenta iniciar o parto. (...) [o segundo médico] manda colocar medicação no soro para aumentar as contrações. Ao mesmo tempo, diz a (...) [médica] que ele precisa ir ao banco pagar o Credicard. (...) sai e volta reclamando que o tal cheque ainda está sendo compensado e a gerência não liberou o pagamento. Mas o Carnaval, daí uma semana, vai ser mesmo na Bahia. 'E a escala de plantão? Está tudo certo?' Comigo não. Peço a (...) [médica] que consiga mais anestesia, as dores são tão fortes. Aplicam a segunda dose. 'Você está com medo de mim?', pergunta (...) [o primeiro médico]. 'Você precisa participar'. (...) [a médica] sugere que passem para a cesariana. 'Nos meus últimos plantões só deu cesárea', desvia (...) [o primeiro médico]. 'Aposto que este vai nascer por via baixa'. Nova espera, nova sugestão de (...) [médica] para a cesariana. (...) [outra médica] conversa com (...) [médica]. (...) [o primeiro médico] não cede: 'Vai ser normal'. Às 12h30, dez horas após o início do trabalho de parto, (...) [a outra médica] recomenda a cesariana. Pela penúltima vez, (...) [o primeiro médico] insiste no parto normal. Após 20 minutos, ela descobre que o coração de Bernardo parou de bater. De costas para mim, [o primeiro médico] (...) confere o exame. Ignorando o apelo de (...) [médica], diz que vão tentar por mais 10 minutos. Passado o prazo, pressiona a minha barriga, mas Bernardo não se mexe. A compressão dos órgãos me deixa sem ar e recebo oxigênio para retomar a respiração. É feita então uma cesariana, em fração de segundos. No centro cirúrgico, tudo é rápido. Bernardo não chora. É

levado por dois pediatras sem que eu o veja. (...) informa que ele tem 53 centímetros, 3,5 quilos e duas voltas do cordão umbilical enroladas no pescoço. São 13h22min. Já na enfermaria, sou procurada por (...) [médica]. Ela confirma que Bernardo está mal: teve sofrimento fetal agudo, duas crises convulsivas. Foi reanimado. Está em coma profundo. Vou mandar enfaixar seus seios e dar um remédio para inibir a descida do leite.

Segue contando sua revolta, as tentativas de acompanhar o estado de saúde do filho, as denúncias da precariedade do atendimento (que vão desde a falta de lavagem das mãos das pessoas que atendem a criança até tentativas de intimidar Eloísa, pelas suas reações) e culmina com a narrativa emocionada da morte da criança:

5 de julho de 1996: Às 13 horas, os batimentos cardíacos diminuem, o residente começa a desligar o monitor. 'Não toque nele', falo. Ele explica que só quer retirar o aparelho. Eu me calo até que Bernardo desiste. O médico sugere que eu saia, enquanto aprontam meu filho. Exijo ficar sozinha. Aproximo-me de Bernardo, acaricio seu rostinho e peço desculpas por não ter aceito a sugestão do tio de um hospital particular.

[O que Eloísa não sabe é que dependendo do hospital particular, o atendimento poderia ser igual ou pior e que somente os hospitais de primeira linha, destinados à população mais rica, possuem um atendimento compatível com as necessidades da mãe e do conceito, para prevenir situações como esta – observação minha]

Saio da enfermaria e recuso o calmante. A enfermeira avisa que é preciso descer com ele, mas impeço: 'Eu levo'. Carrego meu filho no colo, espero na capela pelo atestado de óbito. Deixo de vez o hospital, 147 dias depois daquela noite de chuva.

Na história de Saramago, não se sabe o que ocorreu depois do camponês conchamar seus patrícios através do dobrar dos sinos. O próprio autor conclui:

Não sei o que sucedeu depois, não sei se o braço popular foi ajudar o camponês a repor as estremas nos seus sítios ou se os vizinhos, uma vez que a Justiça havia sido declarada defunta, regressaram resignados, de cabeça baixa e alma sucumbida à triste vida de todos os dias. É bem certo que a História nunca nos conta tudo... (...) Nunca mais tornou a ouvir-se aquele fúnebre dobre da aldeia de Florença, mas a Justiça continuou e continua a morrer todos os dias. Agora mesmo, neste instante, longe ou aqui ao lado, à porta da nossa casa, alguém a está matando. De cada vez que morre, é como se afinal nunca tivesse existido para aqueles que nela tinham confiado, para aqueles que dela esperavam o que da Justiça todos temos o direito de esperar: Justiça, simplesmente Justiça.

No caso de Eloísa, os sinos teriam que tocar Finados duplamente: pela morte de Bernardo e pela morte da Dignidade da sua mãe. Isso, em se tratando da Justiça...

...companheira quotidiana dos homens, uma justiça para quem o justo seria o mais exacto sinônimo do ético, uma justiça que chegasse a ser tão indispensável à felicidade do espírito como indispensável a vida e o alimento do corpo. Uma justiça exercida pelos tribunais, sem dúvida, sempre que a isso determinasse a lei, mas também, e sobretudo, uma justiça que fosse a emanção espontânea da própria sociedade em ação, uma justiça em que se manifestasse, como um imperativo moral, o respeito pelo direito a ser que a cada ser humano assiste⁽¹⁾.

Quanto à justiça dos tribunais, Eloísa apresentou queixa ao Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro. Tentei pela Internet saber o resultado. Consegui localizar apenas um artigo no Jornal do Comércio de 18/11/2001, do jornalista José Pinheiro Júnior, a respeito de erro médico e citando o caso⁽³⁾. Diz ele:

Eloísa fez queixa crime contra toda a equipe que a atendeu e também deu entrada em um processo requerendo uma reparação financeira. 'Quero a cassação do registro profissional destes senhores que cometeram tantas negligências. Já que não posso, a princípio, por estas pessoas na cadeia, pois não há provas de dolo, terei pelo menos como vê-los fora da Medicina. Que eles não prejudiquem mais ninguém' - afirma Eloísa.

De outubro de 1993 a setembro de 2001 houve um total de 5.056 denúncias contra médicos feitas ao Cremerj. Muitas eram inconsistentes, coisas como atraso do médico ou incompatibilidade de gênios. Deste número, 2.380 processos preliminares foram instalados e 425 médicos foram julgados. Dezenove tiveram registros cassados e 38 suspensos do exercício profissional por 30 dias...

Duas histórias, duas tragédias, dois tempos. Uma ponte os une: a da Injustiça. Por que me baseio nisso para falar sobre Equidade? Em primeiro lugar, pelo fato da Justiça ser um dos pilares nos quais dialeticamente assenta-se a Equidade. Em segundo, porque a sua morte leva à derrota de Dignidade, Confiança, Responsabilidade, Auto-estima e tantos outros valores que deveriam nortear a nossa vida. Creio que, como na matemática, neste caso, a ordem dos fatores não altera o produto, porquanto ao falarmos de derrotas, estamos falando de seus opostos, ou seja, da vitória da Injustiça, da Indignidade, da Iniquidade. E não é isso o que temos observado como sendo os determinantes essenciais da situação de saúde das mulheres? Vamos a essa reflexão.

MARIA E JOÃO: EXISTÊNCIAS DIFERENTES, DIREITOS IGUAIS UMA TEORIA TENTA EXPLICAR VIDA - MORTE, SAÚDE - DOENÇA DE MULHERES E HOMENS

Segundo a teoria da determinação social do processo saúde-doença, saúde e doença são expressões de um mesmo processo, no seu duplo caráter: biológico e social porque apesar de ter lastro biológico, a natureza humana revela-se a partir da vida em sociedade. Assim, a *determinação social* pressupõe a relação dialética entre fenômenos não reproduzíveis igualmente em diferentes condições. Englobando a etiologia, trabalha com a dialética da externalidade e da internalidade dos fenômenos. Pressupõe a realidade em um movimento sujeito a leis, estabelecendo relação entre geral, particular e singular. No processo saúde-doença, relaciona as formas de organização social, representada pela estrutura das forças produtivas e das relações de produção, com o processo de reprodução social de cada grupo humano, conformado pelos processos de produção e de consumo, articulados às condições específicas das pessoas no cotidiano.

A organização social é o determinante fundamental desse processo e se evidencia com manifestação da qualidade de vida dos sujeitos sociais que, por sua vez, é determinada pelos processos de reprodução social. Cada sociedade, e nela, cada grupo social, cria padrões de desgaste e potencialidades, manifestos através de condições negativas (riscos de adoecer ou morrer) ou positivas (possibilidades de sobrevivência).

Classicamente, classe social foi a categoria-chave para a compreensão do processo saúde-doença por ser capaz de expressar as diferenciações existentes na sociedade a partir da posição do sujeito na produção da vida material. Leva a um perfil de consumo, onde adquire importância a relação dialética entre a base e a superestrutura social (locus privilegiado de formulação e veiculação da ideologia), como fundamento para a compreensão das necessidades humanas, agora socialmente determinadas.

Porém, a posição do ser na sociedade resulta da interação entre diferentes categorias, advindas, muitas vezes, de atributos biológicos que, por expressarem uma condição de desigualdade no espaço social, também determinam o "lugar social" de cada ser. Desta maneira, há recortes analíticos importantes dos quais se pode lançar mão para compreender os fenômenos sociais e, dentre eles, o próprio processo saúde-doença, tais como a raça/etnia, a geração e o gênero. A incorporação dessas cate-

gorias explica-se pelo fato da história da humanidade ter sido androcêntrica, branca e adulta durante a maior parte do tempo, assim como a maior parte do conhecimento construído.

No que tange à estrutura social, a ideologia neoliberal aponta que o caminho do progresso está marcado pelo crescimento produtivo que se expressa pelo aumento das taxas de lucro e competitividade nos grandes negócios, obtidos às custas de um marcado processo de concentração e monopolização dos meios de produção, do controle oligopólico do mercado, submetendo os trabalhadores a condições de remuneração decrescentes, sem falar na falta de controle e melhoria de condições de trabalho subjacente ao processo de barateamento dos custos de produção. As mulheres têm sofrido mais tais processos pela subvalorização do seu trabalho, tanto no âmbito do mercado produtivo, quanto no trabalho doméstico, historicamente feminino. Na pós-modernidade, têm sido detectados vários processos destrutivos da vida das mulheres:

1. aumento na proporção de mulheres chefes de família sem os suportes jurídicos e salariais vigentes para os homens. Os dados do Censo de 2001 revelam que as famílias comandadas pelas mulheres passaram de 18% em 1990 para 25% em 2001, sendo maior na Região Nordeste (25,9%). (FIBGE, Censo 2001). Na cidade de São Paulo, as famílias chefiadas por mulheres representam 24%, sendo que em alguns bairros centrais como o caso da Praça da República (região ocupada predominantemente por população de baixa renda, esta proporção chega a 38,10%)⁽⁴⁾.

2. agudização do processo de subvalorização do trabalho feminino (expansão do trabalho feminino de baixa qualificação; feminização e conseqüente desvalorização social de algumas profissões; falta de condições seguras de trabalho para as mulheres que, mais que os homens, se submetem a condições insalubres e deletérias como forma de complementação orçamentária familiar em tempos de crise; remuneração mais baixa que a dos homens pelas mesmas atividades etc). No Brasil, na atualidade, as mulheres representam 44% da População Economicamente Ativa mas recebem remuneração 41,3% menor que a dos homens. Isso se dá apesar das taxas de escolarização delas serem maiores que as dos homens (42% das maiores de 15 anos terem concluído o II Grau, contra 26% dos homens). Na política, em 2001, as mulheres representavam apenas 5,7% dos prefeitos eleitos e 11,61% dos vereadores. No Congresso Nacional, a bancada feminina era composta por 5 senadoras e 34 deputadas federais. No Supremo Tribunal Federal (STF) pela primeira vez, uma mulher passou a ocupar uma vaga de ministra, segundo dados do DIEESE, 2001⁽⁵⁾.

3. agudização do peso da tripla carga de trabalho para possibilitar condições de sobrevivência familiar (trabalho produtivo remunerado, trabalho doméstico de cuidado das crianças e dos trabalhadores, trabalho relativo à geração de novos sujeitos sociais sem a participação masculina). A essas, somam-se atividades político-participativas, dado o crescente número de mulheres dos movimentos populares e a importância desses movimentos no processo de transformação social.

4. agudização da falta de bens de consumo e serviços, tanto gerais como específicos para dar suporte às atividades femininas⁽⁶⁾.

Como resultado, observam-se diferenças marcantes quando são medidas as desigualdades entre mulheres e homens. O IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) desenvolvido pelo PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento) apresenta de 1 a 3 pontos de diferença quando ajustado ao gênero (IDG), ou seja, a situação das mulheres é sempre inferior à dos homens ou à da sociedade. A partir do momento em que passaram a ser calculados os IDG, os Relatórios de Desenvolvimento Humano (RDH) têm concluído, por exemplo, que:

Nenhuma sociedade trata tão bem suas mulheres como trata seus homens (RDH, 1996, 1997)

A igualdade entre os sexos não está necessariamente associada a elevado crescimento econômico (1996)

A desigualdade de gênero está fortemente relacionada à pobreza humana (RDH, 1997)⁽⁷⁾.

No tocante à pobreza medida através destes indicadores, em 2000, o Brasil ocupava a 63ª posição entre os 143 países do ranking mundial. No que tange ao IDG, ocupava a 66ª posição. Quando tais índices são calculados levando-se em conta outra categoria – raça/etnia – a situação mostra-se ainda pior. Em 1999, o Brasil, pelo IDG branco ocupava a 48ª posição e pelo afrodescendente, a 91ª posição. Considerando-se os indicadores de pobreza (renda, escolaridade, expectativa de vida, condições de trabalho e outros) que medem os padrões de vida da população, as concepções de pobreza não devem limitar-se à insuficiência de renda. O conceito de pobreza humana introduzido no Relatório de Desenvolvimento Humano

é enfático ao afirmar que a negação de oportunidades mais fundamentais de desenvolvimento humano, como viver uma vida longa, saudável e criativa, com liberdade, dignidade, respeito a si e aos demais, também significa expor as pessoas à situação de pobreza. E esta negação tem sido a mais comum das realidades para a população afro-descendente há várias gerações⁽⁷⁾.

Na esfera do trabalho, o RDH de 1995 estimou que os trabalhos familiar e comunitário representam mais de 16 bilhões de dólares e que as mulheres são responsáveis por 11 bilhões desta produção invisível. Em quase todos os países do mundo, mais de 50% das horas trabalhadas correspondem às mulheres, sendo que nos países em desenvolvimento esta proporção é de 53% e nos industrializados de 51%⁽⁷⁾.

A compreensão desses processos e dos seus efeitos sobre a saúde-doença das mulheres se dá com a incorporação de **gênero** para diferenciar mulheres e homens biológica e socialmente e, assim, romper com a compreensão dicotomizada dos papéis sociais, abrindo possibilidades de superar a subalternidade feminina. Pressupõe a compreensão das relações entre os sexos, diferenciando o sexo biológico do social. Enquanto o primeiro refere-se às diferenças anátomo-fisiológicas – biológicas – existentes entre os homens e as mulheres, o segundo diz respeito à maneira que estas diferenças assumem nas diferentes sociedades, no transcorrer da história. O sexo social e historicamente construído é produto das relações sociais entre homens e mulheres. Deve ser entendido como elemento constitutivo destas relações nas quais as diferenças são apresentadas como naturais e inquestionáveis. A análise aprofundada de tais relações revela condições desiguais de exercício de poder, com as mulheres vêm ocupando posições subalternas e secundárias. *Gênero* explica, à luz das relações de poder, as manifestações sociais das mulheres, entre elas o processo saúde-doença. No entanto, não pode ser usado isoladamente, sob pena de se incorrer no mesmo erro apontado quando se falou do uso da categoria classe social. Propõe-se a compreensão da realidade alquimizada pelas diferentes categorias, ressaltando-se umas ou outras ou a junção de várias, dependendo do fenômeno a ser iluminado⁽⁸⁾.

As categorias raça, gênero e geração têm em comum, serem atributos naturais, com significados políticos, culturais e econômicos, organizados por hierarquias, privilégios e desigualdades, amparados por símbolos particulares e naturalizados (...) A combinação de categorias é de fácil comprovação, já o seu produto leva a outros resultados e o seu conhecimento exige saber que se inicia por ruptura com os esquemas duais⁽⁹⁾.

O que se quer dizer é que a determinação dos fenômenos sociais subjaz à inter-articulação entre diferentes categorias, com a emergência ora de uma, ora de outra, de acordo com a subjetividade construída. Com relação a isso, é importante notar que

a vivência de relações sociais racistas, com marcas de gênero e códigos de geração por sexo, leva tanto à fragmentação da identidade por referências exclusivas, indirecionais, quanto à combinações entre identidades, resultando em significados próprios de constructos básicos de cada sistema de discriminação⁽¹⁰⁾.

Neste raciocínio está ancorada a *alquimia das relações sociais* (raça, gênero e geração) sendo que não ocorreria em um *vacuum*, resultando em um tipo de perfil próprio. Seus significados e re-elaborações, por sujeitos políticos numa trajetória de se assumirem como tal, são pautados por práticas sociais e projetos específicos. Assim, tal alquimia é levada a extremos em uma sociedade de classes, onde as desigualdades estão presentes em todas as esferas da vida, naturalizando-se questões de gênero, raça, geração, filtradas por questões de classe. Diluem-se identidades, percepções e ações críticas às suas lógicas. Diluindo-se as identidades, dilui-se também a propriedade compreensiva dos quadros conceituais próprios a cada sistema de relações⁽¹¹⁾.

Baseado nisto, compreende-se que o processo saúde doença de Eloísa (e o de seu filho) é determinado por relações de poder que a subalternizam de várias maneiras, no contexto social. No emaranhado das relações sociais que geram os fatos que vão compondo a história. Eloísa ocupa um lugar social determinado por múltiplas subalternizações:

- **De classe:** pertence a uma classe não detentora dos meios de produção; está desempregada como consequência da globalização excludente que subalterniza os países do terceiro mundo; tem acesso a serviços de saúde de qualidade inferior às necessidades do seu momento reprodutivo (no caso, independentemente de serem públicos ou privados, ao contrário inclusive do que imaginava); não tem poder de vocalização suficiente para enfrentar o poder instituído que é respaldado em normas institucionais que têm a finalidade de defender e justificar os problemas da instituição, ao invés de garantir a qualidade da assistência prestada aos usuários do sistema de saúde. Apesar de ter consciência do seu direito a uma assistência à saúde de qualidade, equivoca-se ao pensar que isto pode ser conseguido em hospitais que atendem convênios particulares, ao invés de hospitais públicos. Sente-se culpada por não ter aceito ajuda do irmão, como consequência deste engano.

- **De gênero:** assume sozinha o ônus da gestação (sem fazer referência ao pai do conceito), como a maior parte das mulheres que engravidam fora de uma relação marital estável; seu corpo encontra-se

exposto às vontades e desejos masculinos dos médicos que supervalorizam o lazer ou o cumprimento de deveres relacionados à vida material, em detrimento da responsabilidade profissional (carnaval, pagamento de contas etc); suas necessidades relacionadas à reprodução biológica tida como natural (parto e trabalho de parto) são desvalorizadas; seu corpo (feminino) é apropriado pela medicina (prática masculina e hegemônica no tecido social – o status do médico é comparável ao status de um semideus - tudo pode porque tudo sabe...). Na situação, observam-se relações de poder assimétricas dentro da própria equipe médica, com evidente subalternização das mulheres médicas, revelando dominação de gênero (homens médicos X mulheres médicas e de saber (residente de maior nível X residente de menor nível). No caso de Eloísa, as médicas tentam reverter a situação demonstrando, às vezes, compreender a dor da paciente e a intransigência dos médicos, porém sem sucesso.

• **De saber/fazer:** por deter um saber/fazer empírico, não científico, sobre o corpo e seus processos, suas observações são desvalorizadas bem como as sugestões e solicitações de assistência que são suplantadas pelas observações, determinações e decisões médicas, baseadas no conhecimento científico. A subalternidade de saber reflete relações de poder hierárquica e assimetricamente situadas entre profissionais e não profissionais, saber científico e popular, práticas de saúde aceitáveis e não aceitáveis, válidas e não válidas, verdadeiras e não verdadeiras. A participação solicitada refere-se unicamente a aceitar o que está sendo feito sem reclamar.

O PRINCÍPIO DA EQUIDADE E O RESGATE DA ESPERANÇA

O quadro é de uma intensa e profunda desigualdade. Por si só, clama por Justiça. O estado da arte do conhecimento em saúde aponta para a superação pela via da equidade. Para tanto, questiona-se: *equidade em saúde, equidade de gênero em saúde: o que é isto?* *Equidade em saúde* é entendida como a superação das desigualdades que, num contexto histórico e social, são evitáveis e consideradas injustas, implicando que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por meio de ações governamentais diferenciadas⁽¹²⁾. Este conceito apóia-se no entendimento de que as desigualdades não são naturais, mas determinadas pelo processo histórico social de cada sociedade (que articula dialeticamente modo de produção e superestrutura jurídico-político e ideológica) e que, ao longo da história, as classes sociais subalternas conquistaram o direito de seus integrantes serem tra-

tados como sujeitos sociais e cidadãos, ao contrário de meros indivíduos despossuídos. Como cidadãos porque, ao contrário dos consumidores, não podem ser abandonados à própria sorte, às próprias possibilidades individuais dadas pelo seu poder aquisitivo e, como sujeitos históricos, porque suas demandas não são fixas, mas mutáveis ao longo do tempo⁽¹³⁾.

Pressupõe ações orientadas segundo a alocação equilibrada de recursos, de acordo com o nível de necessidades dos grupos sociais, a serem atendidas não só pelo setor saúde, mas por todos os demais, articulados, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida e não atingir, apenas e diretamente, os níveis de saúde através do enfrentamento direto dos agravos.

Mais que estar contida em um programa de governo, a equidade (...) deve ser continuamente pensada e posta em prática⁽¹⁴⁾.

Realista, no entanto, Laura Tavares Soares⁽¹⁵⁾ afirma:

Existe uma submissão dos princípios de equidade e universalidade às chamadas 'restrições econômicas'. Esses princípios têm sido sistematicamente desqualificados como 'utópicos' ou 'irrealizáveis'. Esta postura é exatamente aquela que reduz as políticas sociais a algo emergencial, tópico e residual, sempre priorizando as chamadas 'inovações gerenciais' e 'racionalização dos custos', quase sempre associadas a estratégias que têm resultado na privatização e na redução da oferta de serviços e benefícios públicos. É claro que isto tem sido justificado em nome das possibilidades econômicas, as quais, na realidade, são também produto de políticas deliberadas, cujas pretensas conseqüências benéficas são sempre postergadas para um futuro remoto (...). **Universalidade e equidade** significam dar garantia de acesso aos bens e serviços públicos essenciais e oportunidades de ter condições dignas de vida àqueles excluídos da possibilidade de adquirir esses bens e serviços pelo mercado⁽¹⁵⁾.

Para ela, o elo entre universalidade e equidade seria o direito que todos os cidadãos têm, pelo simples fato de serem cidadãos, de receberem segundo suas necessidades e de contribuírem segundo suas possibilidades. Respeitar o princípio da equidade significa que os que têm mais devem contribuir mais para que sejam redistribuídas as riquezas e as oportunidades⁽¹⁵⁾.

No campo sanitário, deve-se distinguir *equidade em saúde*, referente à igualdade nas condições de adoecer e morrer, de *equidade no consumo de*

serviços de saúde, referente ao montante de recursos destinados a cada grupo, condição importante, mas não suficiente para diminuir as desigualdades que há entre os grupos, no processo de adoecer e morrer⁽¹⁶⁾.

No caso das mulheres, a despeito das mudanças sociais e econômicas, nos relacionamentos, na vida cotidiana e nas percepções simbólicas do século 20 conseqüentes à “*revolução feminina*”⁽⁵⁾, é amplamente reconhecido que ocupam um lugar de subalternidade social, tendo como conseqüência serem ainda *cidadãs de segunda categoria*, no dizer de Simone de Beauvoir. Tal condição reflete-se diretamente nas condições de adoecer e morrer, tanto quanto no consumo dos serviços de saúde que, às vezes, são tão deletérios quanto as condições de vida que determinam os agravos. Comprovam isto, os dados acerca de problemas evitáveis no que tange às condições de assistência à mãe e ao conceito no momento do parto, como Eloísa e Bernardo. Pior que as estatísticas de morbi-mortalidade, é a naturalização disto, materializada no descaso dos setores, seja o da saúde, responsável pelas políticas públicas específicas, seja o jurídico, responsável pela punição dos culpados. Já me referi ao andamento do processo movido por Eloísa junto ao CRM do Rio de Janeiro que, até agora, não resultou em medida alguma contra os médicos ou o hospital onde foi atendida.

Contra isto, a luta das mulheres pela cidadania, iniciada na França, no século 18, por Olympe de Gouges⁽¹⁷⁾, nos últimos 50 anos incluiu a luta dos direitos pela saúde, dentre as reivindicações por melhores condições, resultantes da compreensão de que a iniquidade de gênero leva à feminização da pobreza e à precariedade da vida.

A partir dos anos 90, a pobreza vista no contexto das relações de gênero passou a conformar uma nova análise das experiências de vida das mulheres, que constituem um grupo crescente entre os pobres das sociedades latinoamericanas. As análises qualitativas constataram que as relações de gênero exacerbam as desigualdades associadas às classes sociais e fizeram emergir situações como a distribuição desigual de alimentos no interior das famílias, a desvalorização do corpo feminino e a sobrecarga de trabalho que incide sobre as mulheres. A precariedade da situação social das mulheres passou a ser vista como resultante da divisão sexual do trabalho, de menores oportunidades em termos de educação, de situações de trabalho instáveis e com menor remuneração, de níveis inferiores de saúde e bem-estar, de reduzida participação nas decisões (tanto no âmbito privado como no público, mas especialmente, neste) e de limitada autonomia pessoal⁽¹⁸⁾.

Recentemente, as agências internacionais (OMS, OPS), tanto quanto as nacionais (Ministério, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde) vêm reconhecendo as condições de iniquidade em que vivem as mulheres, como base do seu processo saúde-doença, passando a incluir gênero na formulação das políticas sociais. No Brasil, o programa mais significativo foi o PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), de 1983, que rompeu com a visão de mulher como reprodutora de corpos para o trabalho e cuja função a ser recuperada ou preservada pelo setor saúde, deveria ser a reprodutivo-biológica. Quanto à implementação das políticas, as conquistas são pouco expressivas, não redundando em mudanças dos perfis epidemiológicos dos grupos sociais desprivilegiados ou de minoria de poder.

A indicação da OPS/OMS para os Ministérios da Saúde ou órgãos correspondentes dos países membros é de que *eqüidade é um conceito ético associado aos princípios de justiça social e de direitos humanos*. Não é o mesmo que igualdade. A noção de iniquidade, por sua vez, refere-se às desigualdades consideradas desnecessárias, evitáveis e injustas. Em termos operacionais, a eqüidade se traduz na minimização de disparidades evitáveis na saúde e seus determinantes – incluindo, porém não se limitando à atenção em saúde – entre grupos de pessoas que possuem diferentes níveis de privilégio social⁽¹⁹⁻²¹⁾.

Com base nisto, a eqüidade de gênero implica:

a) *No estado de saúde* – eliminação das diferenças desnecessárias, injustas e evitáveis entre homens e mulheres, em relação às oportunidades de desfrutar a saúde e as probabilidades de adoecer, descapacitar-se ou morrer por causas preveníveis.

b) *No acesso e utilização dos serviços de saúde*: a alocação de recursos (tecnológicos, financeiros e humanos), não segundo um sistema de cotas iguais entre mulheres e homens, mas segundo critérios diferenciais, de acordo com as necessidades de cada sexo. Implica que mulheres e homens não tenham só acesso teórico mas que recebam, efetivamente, atenção de qualidade, de acordo com suas necessidades.

c) *No financiamento da atenção*: que tanto mulheres como homens contribuam de acordo com sua capacidade econômica e não com suas necessidades, ou seja, que as mulheres não tenham que contribuir mais em razão de sua maior necessidade de atenção à saúde.

d) *No balanço entre contribuições e recompensas na produção de saúde*: que se reconheça, facilite, valorize e distribua de maneira justa o trabalho de

cuidado da saúde, remunerado ou gratuito. Que mulheres e homens participem igualmente nas decisões sobre alocação de recursos nas esferas micro e macro do sistema de saúde.

Os documentos oficiais contêm as diretrizes para a incorporação da categoria gênero nas políticas voltadas para a saúde das mulheres valorizando:

- 1) criação e uso de indicadores de gênero para a construção dos perfis de saúde-doença de grupos populacionais e monitoramento das condições de saúde;
- 2) estabelecimento de estratégias para o enfrentamento dos problemas de saúde evitáveis, em especial os que influenciam na capacidade reprodutiva das mulheres;
- 3) criação e uso de indicadores para embasar a destinação de recursos para enfrentar os problemas de saúde das mulheres, baseados em medidas protetcionistas ou discriminatórias positivas;
- 4) uso de metodologias específicas para embasar a investigação em saúde sob o recorte de gênero, com transferência de conhecimento para outros países e regiões.

Porém, alguns riscos parecem ser inerentes à adoção de visões inovadoras e revolucionárias. No caso de gênero, podem ser citados os riscos:

- a) de contrapor homens e mulheres, beneficiando as últimas em detrimento dos primeiros, estando ambos em situação de subalternidade de classe e, portanto, expostos a riscos de adoecer e morrer que os assemelham por encontrarem-se em situação de exclusão, determinada na dimensão mais geral da estrutura social (modo de produção e superestrutura), pouco afeita a transformações efetivas.
- b) de camuflar o enfrentamento das questões de gênero, investindo somente no atendimento das necessidades relativas às funções e papéis femininos, histórica e socialmente determinados, (necessidades intrínsecas de gênero) em detrimento de investimentos nas necessidades estratégicas de gênero (relacionadas à revisão e transformação de papéis e funções), sem mudar a qualidade de vida das mulheres.

c) de converter gênero em mais um modismo dentre os que de tempos em tempos permeiam a produção acadêmica e as políticas dos órgãos responsáveis pela assistência à saúde da população e que implicam mais em mudanças de forma (terminologias, conceitos e suportes teóricos) que das práticas de saúde, em especial, porque as mudanças ficam restritas aos pensadores ou às instâncias superiores, sem alcançar os diretamente responsáveis pelas ações em saúde.

d) de transformar gênero em mais uma versão banalizada de assistência à saúde das mulheres para torná-las cada vez mais dependentes da ciência e da medicalização do corpo, principalmente, no que tange aos seus processos fisiológicos, para que não atrapassem a expansão dos papéis femininos no espaço público, ainda restrito quase exclusivamente aos homens mas que, quando ocupado por mulheres estas, comprovadamente, o fazem com maior eficiência e qualidade, portanto, com maiores produtividade e possibilidade de geração de riqueza.

Adotar a equidade de gênero como *um conceito ético associado aos princípios de justiça social e de direitos humanos* não implica em desmerecer ou desvestir de direitos os homens para privilegiar as mulheres. Trata-se de re-olhar, com esmero e cuidado, a situação de milhares de mulheres que sofrem iniquidades no cotidiano, indignar-se com isso e mover-se para as transformações, sem confundir o direito à assistência digna e respeitável por serem, antes de tudo, cidadãs, com o imperativo de tê-las hígdas e produtivas, por serem geradoras e mantenedoras da força de trabalho presente e futura, portanto, de quem a sociedade depende para a geração de riqueza social. Com os pés calcados na realidade do que as mulheres representam na atualidade, em termos de lócus de exercício de cidadania e de produção e reprodução social, mais que na idealização inatingível da felicidade individual e coletiva, descontextualizada e ahistórica, cidadãs-trabalhadoras devem ser atendidas de acordo com as necessidades do seu perfil de saúde-doença, compreendidas à luz da sua condição de gênero, situação de classe, perfil de geração e outros recortes analíticos, para que os sinos possam finalmente dobrar em júbilo quando a Justiça voltar a reinar.

REFERÊNCIAS

- (1) Saramago J. Da justiça à democracia, passando pelos sinos. *Dr! Rev Médico* 2002; 9(13):12-3.
- (2) Ferreira M. Tragédia na maternidade. O álbum do bebê. *Marie Claire* 1998; (72):57-9.
- (3) Pinheiro Júnior J. O erro médico diante dos tribunais. *J Com* [online] nov 2001. Disponível em: <www.defesadoconsumidor.com.br/ultimas_noticias.htm> (18 abr. 2003)

- (4) Prefeitura do Município de São Paulo. Plano Municipal de Direitos Humanos. [online] São Paulo; 1997. Disponível em: <www.direitoshumanos.usp.br/dh-brasil/plano_munic_dh_sp_2.htm> (25 jan. 2003)
- (5) Jurema SB. Por um século de igualdades. Folha de São Paulo 2001 mar. 08; Caderno 1:3.
- (6) Suárez M. Sexo/gênero na epidemiologia. [Apresentado à Oficina de Trabalho Gênero e Saúde: estado atual da produção do conhecimento epidemiológico, lacunas e desafios no 3º Congresso Brasileiro, 2º Congresso Ibero-Americano, 1º Congresso Latino-Americano de Epidemiologia; 1995; abr. 24-28; Salvador].
- (7) Sant' Anna W. Desigualdades étnico-raciais e de gênero no Brasil: as revelações possíveis do IDH e do IDG. J Rede Saúde [periódico online] São Paulo; 2001 mar. 23. Disponível em: <www.mj.gov.br/sedh/cndm/artigos/wania.htm> (19 fev. 2003)
- (8) Fonseca RMGS. Mulheres e enfermagem: uma construção generificada do saber. São Paulo: [livre-docência]. Escola de Enfermagem da USP; 1996.
- (9) Castro MG. A dinâmica entre classe e gênero na América Latina: apontamentos para uma teoria regional sobre gênero. In: Instituto Brasileiro de Administração Municipal, Rio de Janeiro. Mulher e políticas públicas. Rio de Janeiro: IBAM/UNICEF; 1991. p. 39-69.
- (10) Castro MG. Alquimia de categorias sociais na produção dos sujeitos políticos. Est Fem 1992; (92):57-73.
- (11) Stolcke V. Estará o sexo para gênero assim como a raça está para etnia? [Apresentado à 1ª Conferência da Associação Européia dos Antropólogos Sociais, 1990; Coimbra].
- (12) Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: World Health Organization; 1990.
- (13) Chauí M. A questão democrática. In: Wolfe A, Santos T, González Casanova P, Souza JH, Laclau E, Chauí MS. A questão da democracia. São Paulo: CEDEC/Paz e Terra; 1980.
- (14) Junqueira V, Pessoto UC, Kayano J, Nascimento PR, Castro IEN, Rocha JL et al. A equidade em saúde: do discurso à prática. In: Anais do 6º Congresso Paulista de Saúde Pública. v. 1; 1999 out. 17-20; Lindóia. São Paulo: APSP; 2000. p. 245-57.
- (15) Soares LTR. Cuidado de enfermagem: o desafio da universalidade e da equidade ou os limites para a construção de um cuidado de enfermagem universal e equitativo. In: Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1998 set. 20-25; Salvador. Salvador: ABEn-Seção-Bahia; 1999. p. 59-65.
- (16) Travassos C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para o debate. Cad Saúde Públ [online] 1997; 13(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO102-311X1997000200024&Ing> (07 ago. 2002)
- (17) Scott J. A cidadã paradoxal: as feministas francesas e os direitos do homem. Florianópolis: Mulheres; 2002.
- (18) Schteingart M. Pobreza y alternativas de equidad social. IDRC/CDRI: CIID-Montevideo: Conferencias. [online] Montevideo, 2000 abr. 6-7. Disponible en: <<http://www.idrc.ca/lacro/docs/conferencias/schteingart.html>> (04 mar. 2003)
- (19) Gómez EG. Equidad, género y reforma de las políticas de salud en América Latina y el Caribe. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. [Apresentado à 8ª Conferencia Regional sobre la Mujer en América Latina y el Caribe; 2000 fev. 10; Lima].
- (20) Organização Panamericana da Saúde. Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Informe final da 19ª Sesión del Subcomité del Comité Ejecutivo sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo. Washington (DC); 2001.
- (21) Organização Panamericana da Saúde. Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Mulher, saúde e desenvolvimento. Washington (DC); 2002. [Relatório apresentado na 130ª Sessão do Comitê Executivo].

Correspondência:
Rosa Maria G.S. Fonseca
Av. Dr. Enéas de
Carvalho Aguiar, 419
Cerqueira César - São Paulo
CEP - 05403-000- SP