



SAÚDE SEXUAL E DIREITOS REPRODUTIVOS EM MOSSORÓ:

um enfoque sobre a condição das mulheres

Telma Gurgel da Silva¹
Janaiky Almeida²

RESUMO: Analisar as demandas das mulheres na área de saúde sexual e direitos reprodutivos em Mossoró-RN foi o interesse do presente estudo que constou de uma pesquisa acerca do acesso e qualidade dos serviços de saúde, particularmente à saúde reprodutiva e aos direitos sexuais compreendidos na totalidade dos direitos sociais em contexto de neoliberalismo. As reflexões apontaram que a atenção a saúde sexual e reprodutiva não se desenvolve conforme as exigências do marco legal dos direitos sexuais e reprodutivos seguindo a tendência nacional de sucateamento e privatização da política de saúde, inviabilizando a efetivação do seu princípio da universalidade.

Palavras-chave: Condição social das mulheres. Direitos sexuais. Direitos reprodutivos.

ABSTRACT: To analyze the women's demands in the area of sexual and reproductive rights in Mossoró-RN was the interest of the present study consisted of a survey on access and quality of health services, particularly reproductive health and sexual rights included in totality of social rights in the context of neoliberalism. The reflections indicated that attention to sexual and reproductive health is not developed as per the requirements of the legal mark of sexual and reproductive rights following the national trend of scrapping and privatization of health policy, preventing the realization of the principle of universality.

Key words: Social condition of women. Sexual rights. Reproductive rights.

¹Doutora. Universidade Estadual do Rio Grande do Norte - UERN. telmagurgel@uern.br

²Mestre. Universidade Estadual do Rio Grande do Norte - UERN. janaiky22@gmail.com



1 INTRODUÇÃO

Ao longo das últimas décadas o feminismo no Brasil tem se mobilizado em torno da garantia de políticas públicas para as mulheres. Apesar dessa ofensiva foram garantidas poucas conquistas em termos da igualdade entre os sexos, e muitas delas ainda permanecem atuais como a igualdade de direitos e salários entre homens e mulheres, a reivindicação por creches e a garantia da efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos o que envolve o debate da atenção integral a saúde das mulheres.

Quando particularizamos neste último aspecto, a problemática da saúde, devemos ter em mente o contexto de disputa de projetos que permeia este debate na sociedade, que se expressa em pelo menos duas perspectivas com interesses contraditórios. Por um lado, encontramos os setores vinculados aos interesses do mercado da venda destes serviços que impulsiona o processo de privatização³. Por outro, encontramos a imensa maioria da população que demanda um serviço de saúde com base nos princípios de universalidade e gratuidade como uma responsabilidade do estado em seus diferentes níveis de complexidade⁴.

Neste processo de reivindicação por tais serviços, as mulheres se destacam como protagonistas da luta pelo direito a uma saúde integral que as contemple em suas diferentes fases da vida. Este movimento teve sua origem em meados dos anos 70 do século passado e conseguiu envolver um bom número de militantes principalmente devido ao seu nível de organização interna e ao poder de mobilização de sua programática que se centrava na questão do acesso, qualidade e condições de saúde da mulher. A realização do 1º Encontro Nacional de Saúde da Mulher, em 1984, foi um marco nessa luta com a elaboração da *Carta de Itapeçerica* que foi o primeiro documento público com as reivindicações das mulheres para a saúde. Nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde implementou o *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher* (PAISM) que se transformou posteriormente na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da mulher (PNAISM)⁵.

Para além da saúde como direito social o movimento feminista assumiu o tema dos direitos sexuais e reprodutivos, como dimensão da totalidade deste fenômeno social e agregou

³ Estamos nos referindo aqui tanto aos serviços privados, quanto principalmente as Fundações Privadas de Interesse Público que vêm ampliando seus lucros no gerenciamento dos serviços de saúde em nosso país.

⁴ Ver Bravo (2006)

⁵ Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde – www.mulheres.org.br



a este debate o questionamento ao modelo sexual dominante da heterossexualidade compulsória, a criminalização do aborto, a inoperância do programa de planejamento familiar, a violência sexual e os modelos de atenção à saúde que fragmentam as mulheres em pontos de adoecimento.

A permanência de tais demandas na agenda feminista evidencia o paradoxo entre o comprometimento formal dos governos com o movimento e nas diversas conferências mundiais e as poucas iniciativas implementadas, com relação à melhoria na condição de saúde das mulheres. Por outro lado, não podemos desconsiderar o contexto no qual se desenvolve tais demandas na contemporaneidade de precarização dos serviços e redução dos direitos impostos pela ordem neoliberal.

Neste sentido, em nossas reflexões em torno das políticas públicas para as mulheres no RN definimos pela realização de uma pesquisa para analisar a condição social e demandas das mulheres na área de saúde sexual e direitos reprodutivos em Mossoró⁶.

Assim, inicialmente nos aproximamos das indicações ideopolíticas da trajetória da luta feminista pelos direitos sexuais e reprodutivos e pelas políticas públicas de saúde compreendendo-a numa relação de totalidade e contradição no exercício metodológico de apreensão dos significados, valores, projetos políticos e ideológicos dos fenômenos e dos sujeitos para além da imediatividade (MINAYO, 1994).

Para expor as indicações da pesquisa organizamos esse texto que se inicia com o debate sobre o marco regulatório das políticas públicas para mulheres no campo da saúde numa perspectiva de integralidade. Em seguida, situaremos a realidade da atenção à saúde sexual e reprodutiva em Mossoró. A partir daí analisaremos as demandas apresentadas pelas mulheres, situando-as no contexto contemporâneo dos ajustes neoliberais no sentido da focalização e precarização das políticas sociais.

⁶ A etapa de campo se desenvolveu no período de agosto de 2011 a julho de 2012, com 27 mulheres entre 15 e 70 anos. De início realizamos leituras e produções teóricas sobre políticas públicas, relações sociais de gênero, direitos sexuais e reprodutivos num movimento reflexivo de aproximação das categorias analíticas, conceitos e historicidade do fenômeno em estudo. Também realizamos uma pesquisa documental no site do Ministério da Saúde com o objetivo de mapear o marco legal dos direitos sexuais e saúde reprodutiva em nosso país.



2 Marco regulatório das políticas de saúde para as mulheres: desafios para materialização

Quando nos referimos ao marco legal da saúde sexual e reprodutiva no Brasil, percebemos que a política de atenção à saúde da mulher, ainda permanece sem contemplar a demanda latente de ações numa perspectiva de integralidade. Isto ocorre tanto pela ausência e precarização dos serviços de saúde de forma geral, quanto pelo direcionamento institucional que vem privilegiando um enfoque para a fase reprodutiva com centralidade para a maternidade como já se verificou, em outros momentos, na história da luta feminista pela saúde da mulher

A materialização dos direitos previstos nestes marcos, historicamente construídos pela força política do feminismo, encontra-se bastante defasada se comparamos a prescrição legal com a realidade concreta que segundo Villela e Monteiro (2005) é evidente em todos os recantos em especial naqueles mais distantes dos grandes centros urbanos.

Há, portanto, limites para efetivação dos direitos das mulheres, assim como de outros segmentos sociais, já que a prioridade da agenda governamental tem sido manter a política de ajuste fiscal para pagamento dos serviços da dívida pública, em detrimento da garantia dos serviços públicos de qualidade, como nos afirmar Fatorelli⁷.

Com isto se evidencia o descumprimento das agendas de reivindicações aprovadas nas Conferências Nacionais e a parca efetivação do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, em todas as suas edições.

A experiência tem demonstrado que muitos dos objetivos para a construção da igualdade de gênero, ou mesmo os resultados de diagnósticos da situação das mulheres, não chegam a fazer parte das agendas públicas nacionais. Temas, como mortalidade materna, saúde reprodutiva, violência doméstica, desigualdade no acesso ao mercado de trabalho, e outros que estão na Plataforma da Conferência das Mulheres (Pequim, 1995), aparecem, inúmeras vezes, como problemas sem relevância nacional. (SOARES, 2009, p.02).

A ausência de políticas públicas por parte do Estado, de forma geral, acarreta uma situação de sobre-trabalho para as mulheres. Uma vez que transfere para esta parte da população a responsabilidade em dar respostas as diferentes situações cotidianas, relacionadas com o processo de reprodução social da força de trabalho.

A percepção crítica desta condição social de cuidadora em substituição ao Estado tem sido pautada pelo feminismo na defesa de outra divisão sexual de trabalho doméstico, pelo

⁷ FATORELLI Maria Lúcia. Dívida Pública, Orçamento e Gastos. TVUFAM. In: <http://www.youtube.com/watch?v=ChmYfkVDFSU&feature=share&list=PLCC5CF55F6F263A95>



direito a creches e escolas em tempo integral, assim como na reivindicação de outras estruturas sociais que retire das mulheres a função social de ser a responsável pela vida doméstica e pelo cuidado coletivo na sociedade.

Além disto, desde os primórdios das políticas sociais “ durante muito tempo, e ainda hoje, por tradição de nossa cultura política nós mulheres nos acercamos do Estado na condição de beneficiárias passivas de políticas assistenciais” (AMB, 2009, p.09). Neste sentido a condição de segurada estava condicionado ao grau de vulnerabilidade social, cabendo às mulheres a maior parcela como já indicou outros estudos em que ficou evidente o nível de pobreza das mulheres e o alto índice de violência doméstica⁸.

Atualmente se evidencia mais uma vez esta perspectiva, quando os programas assistenciais de transferência de renda para famílias pobres exigem das mulheres algumas condicionalidades como garantir a assiduidade dos/as filhos/as à escola e ao atendimento a saúde, para manter o benefício assistencial. Para Teixeira(2010)

[...] seu desenho tem privilegiado um viés familista que cristaliza desigualdades entre mulheres e homens, revelando-se antes políticas para as mulheres que políticas de gênero, quando não, políticas antiequidade de gênero. (p.78)

No âmbito da saúde a execução da política tem se dado com enfoques no cuidado com a idade reprodutiva, ainda muito centrada no acompanhamento da gravidez e puerpério sem nenhum recorte que vislumbre a totalidade da vida social das mulheres em suas múltiplas relações sociais.

Interligando esta realidade com o perfil das entrevistadas observamos a predominância de mulheres casadas ou em relacionamento estável. Ao mesmo tempo, à procura por serviços nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) por estas mulheres se centraliza em a realização de “exame preventivo” e realização de pré-natal e para adquirir pílulas anticoncepcionais.

Tais dados articulados a faixa etária que predominou no perfil das entrevistadas⁹ nos leva a observar a ausência de jovens e pessoas idosas nas UBSs, reforçando a análise de mesmo que a política se autodenomine com integralidade, prevalece o atendimento direcionado para a idade reprodutiva, sem uma abordagem sob o enfoque dos direitos reprodutivos.

⁸Referimo-nos aos dados da pesquisa: Mulheres Brasileiras e Gênero nos espaços público e privados realizada em 2010, pela Fundação Perseu Abramo acessível em <http://www.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>.

⁹ Entre 31 a 40 anos.



Também observamos que nas unidades de saúde não há cartazes ou qualquer outro informativo direcionado para a particularidade da saúde sexual e reprodutiva de mulheres jovens ou idosas. Com isso compreendemos o aparente distanciamento dessas faixas etárias do cotidiano das UBSs.

Grande parte da entrevistadas¹⁰ utilizam apenas o serviço de saúde pública, sendo que as que utilizam as duas redes, procuram o serviço privado para realização de exames mais especializados, em função da agilidade na realização e resultado. Como elemento contraditório, podemos destacar que parte destes laboratórios é que realiza o mesmo exame como conveniado pelo SUS, estabelecendo-se assim, como afirma Souza(2013) uma dupla porta de atendimento¹¹. Por outro lado, tal fenômeno demonstra a falta de investimento para ampliação do acesso e a qualidade dos serviços gerando a demora reclamada pelas informantes.

Ainda sobre o acesso a saúde perguntarmos as mulheres como se sentiam quando pensavam na saúde como direito. A maior parte delas afirmou que não se consideravam bem atendidas, como garante o direito. Destacaram como problemas para a efetivação deste a ausência ou número reduzido de serviços e o atendimento precário, como podemos confirmar nas falas abaixo:

Não, porque às vezes as fichas são poucas e ficávamos sem atendimento.
Garante sim, mas vale lembrar que de forma bastante precária.

De acordo com dados do IBGE¹² em 2009, Mossoró possuía um número reduzido de estabelecimentos de saúde e, em particular, do serviço público que em sua maioria é Unidade Básica de Saúde. Com isto se evidencia um acelerado processo de privatização dos serviços de saúde, acompanhando a tendência que se fortalece sob os ideários do neoliberalismo, em nível mundial.

Desde o início da década de 1990, o Brasil vive um tensionamento permanente entre a restituição do Estado democrático, com ampliação dos direitos e políticas sociais e sua materialização em contexto mundial de crise e de reestruturação do capital em uma perspectiva neoliberal. (BOSCHETTI, 2010,p. 70)

Com isto percebemos que no campo dos direitos sexuais na especificidade das consultas ginecológica as principais dificuldades apontadas pelas entrevistadas foi o número

¹⁰ 62,96% utilizam o SUS e 22,22% utilizam os dois sistemas público e privado.

¹¹ SOUZA, Aione Maria da Costa, O público e o Privado no sistema de saúde em Mossoró-RN: as contradições para a efetivação da universalidade. Tese de doutorado. Programa de Pós-graduação em Serviço Social da UFPE, 2013.

¹² Fonte: IBGE, Assistência Médica Sanitária 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2010



reduzido de fichas e de profissionais de medicina. Seguido do horário de funcionamento das unidades, geralmente em desacordo com o tempo do trabalho remunerado e/ou doméstico realizado pelas mulheres. O que torna evidente a contradição entre a demanda por maior número de atendimento e a redução gradativa do quadro geral de funcionários(as) público no âmbito da saúde, mediante a terceirização implementada no setor nos últimos tempos.

Em relação ao processo da consulta ginecológica, algumas mulheres relataram a ausência de um maior diálogo entre os(as) profissionais e as usuárias pela questão do tempo que é reservado a cada consulta pela dinâmica das UBSs.

Porque não dá tempo nem de a gente falar. A gente quer falar mais não pode, porque é só dois minutos e tal. Mal olha pra cara da gente.

Esse dado nos interessou principalmente porque nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) encontramos a preocupação com uma maior interação entre as mulheres e os profissionais da área de saúde, em particular, no momento do acolhimento e realização da consulta ginecológica que deve se preocupar em garantir conforto, confiança e acessibilidade a todas as informações necessárias.

Quando indagamos sobre que mudanças promoveriam no âmbito do atendimento nas consultas ginecológicas, a maior parte das mudanças está ligada a melhorias nas estruturas de instalações, ampliação do número de atendimentos e no tempo dedicado as consultas.

Eu facilitaria o acesso. Não só em relação às mulheres, mas para todas as pessoas. Aumentaria o tempo de consulta e melhoraria o atendimento, pois há diferença no mesmo profissional entre consultório e serviço público.

A solução encontrada pelas informantes vai de encontro com o processo de redução do direito a saúde pública, gratuita, universal e de qualidade que vem se desenvolvendo a passos largos, na realidade do desmonte do Sistema Único de Saúde em nível global (BRAVO, 2006). Mediante o desenvolvimento de estratégias de terceirização dos serviços a partir das Organizações da Sociedade Civil, em suas múltiplas composições ideo-políticas.

De forma geral, os desafios enfrentados pelas mulheres no atendimento a saúde se interligam as dificuldades vivenciadas pelas mesmas nos diferentes espaços da sociedade, dado a condição de desigualdade em que se encontram em decorrência das relações patriarcais de gênero.



3 CONCLUSÃO

Os dados demonstraram o processo acentuado de precarização e ausência de serviços públicos que atendam a demanda das mulheres na área da atenção a saúde sexual e reprodutiva em Mossoró. Podemos destacar como elementos deste quadro o reduzido número de serviços e profissionais, acarretando filas, demora no agendamento de consultas, na realização de exames e na aquisição de medicamentos.

Evidenciamos também que as UBS, no que se refere ao atendimento especializado à mulher tem centralidade na mulher-mãe priorizando a saúde reprodutiva em detrimento da oferta de serviço que contemple a mulher de forma integral, interligando também o atendimento à saúde sexual.

A forma como se expressam as políticas públicas, portanto, demonstra a ausência de compromisso do Estado com a melhoria das condições de vida das mulheres. Neste sentido, as políticas direcionadas para mulheres segue uma linha de avanços e retrocessos, da mesma forma do movimento geral das políticas públicas, no último período em nosso país.

REFERÊNCIAS

AMB, **Articulando a luta feminista nas políticas públicas**: desafios para a ação do movimento na implementação das políticas. Brasília: AMB, 2009

BOSCHETTI, Ivanete. **Os custos da crise para a política social**. In: BOSCHETTI, Ivanete; et al. (orgs.). *Capitalismo em crise, política social e direitos*. São Paulo: Cortez, 2010.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete [et al] (orgs). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org). **Pesquisa Social**- Teoria, método e criatividade. 7.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

SOARES, Laura Tavares. O desastre social. Rio de Janeiro-RECORD. Col. **Os porquês da desordem mundial**, 2003.

TEIXEIRA, Marlene. As políticas de enfrentamento a pobreza e o cotidiano das mulheres. In **Divisão Sexual do Trabalho, Estado e Crise do Capitalismo**. Costa; Ávila; Silva; Soares e



Ferreira (organizadoras)- Recife: SOS CORPO- Instituto Feminista para a Democracia, 2010, p. 67-82.

VILLELA e MONTEIRO. **Gênero e Saúde**: programa saúde da família em questão, Rio de Janeiro: ABRASCO: UNFPA, 2005