

# SAÚDE INTEGRAL, REPRODUTIVA E SEXUAL DA MULHER

## Redefinindo o objeto de trabalho a partir do conceito de gênero e da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

*Wilza Villela\**

É difícil definir com exatidão o que seja saúde. Mais fácil é descrever as práticas sociais que se organizam em torno de sua idéia, buscando compreender seus determinantes e os sentidos que esta idéia assume para diferentes grupos, populações e períodos.

Podemos afirmar que hoje, para a maioria das pessoas, a idéia de saúde é profundamente relacionada ao consumo de diferentes tipos de tecnologias, incluindo aí cuidados profissionais especializados. Ao mesmo tempo, devemos considerar que os termos “mulher”, “reprodução” ou “sexo”, em torno dos quais se articulam uma série de práticas sociais, não se referem a objetos fixos e constantes, cujos valor e significado são intrínsecos e imanes. “Mulher”, “reprodução” e “sexo” são termos que descrevem objetos-funções cujos valores e significados têm variado ao longo da História.

A distinção entre “saúde da mulher”, “saúde reprodutiva” e “saúde sexual” não repousa apenas na referência ao suposto objeto ou função que direciona a ação. Na medida em que “mulher”, “reprodução” ou “sexo” não são objetos naturais, mas sim culturalmente construídos e transformados, a emergência de cada um destes termos no vocabulário de indivíduos envolvidos com a conquista de autonomia das mulheres tem uma historicidade e marca o posicionamento ativo de muitas mulheres na construção dessa história. A proposição “saúde integral da mulher”, por exemplo, visa tomar as mulheres como sujeitos e não como objetos reprodutivos, surgindo para se contrapor à idéia de saúde materno--infantil. A formulação “saúde reprodutiva”, que vai suceder a proposta de saúde integral da mulher, assinala, no espaço das práticas de saúde, a idéia da reprodução como direito e não como dever. A proposta de saúde sexual busca incluir o exercício livre da sexualidade como elemento fundamental da autonomia feminina. Neste sentido, a idéia de “saúde sexual” englobaria as anteriores, tanto quanto demarcaria uma mudança de olhar e de perspectiva em relação às mulheres, como sujeitos físicos e sociais.

Este texto busca, de maneira sucinta, refletir sobre algumas das tensões e ambigüidades envolvidas na elaboração e circulação das propostas de saúde integral, reprodutiva e sexual, e apontar alguns desafios que essas recentes transformações em nosso objeto de trabalho colocam hoje, para ativistas e profissionais de saúde.

## As mulheres e a saúde

O entendimento de saúde como resultado de uma ação médica é relativamente recente. Pode-se mesmo afirmar que até dois ou três séculos atrás não havia a idéia de saúde como algo a ser buscado. A saúde estava dada, e sua manutenção não era objeto de reflexões ou práticas específicas, sendo uma consequência natural da observância das regras morais, ética e de convívio vigentes. As práticas de cura, leigas ou não, eram voltadas para indivíduos doentes; não havia entre elas e a idéia de saúde a íntima superposição que temos hoje, em particular nas propostas voltadas para a prevenção das doenças (Sayd, 1998).

Mais recente ainda é o entendimento da saúde como resultado de uma ação técnica específica sobre corpos diferenciados, no caso, o das mulheres. O processo histórico-social, que configura a possibilidade de pensarmos em “saúde da mulher” e estabelecermos uma imediata relação disso com cuidados profissionais, oferta de serviços e acesso a insumos específicos, é relacionado ao processo de urbanização, de industrialização e à mudança do modo de produção feudal para o capitalista. Tendo sido este processo descrito exaustivamente por diferentes autores<sup>1</sup>, vale lembrarmos que a idéia de uma saúde das mulheres surge como estratégia para lidar com a parturição e os nascimentos e tem sucesso na medida que atende a interesses do Estado e também das mulheres (Weitz, 1998).

É sabido que, com a revolução industrial e o início de consolidação do capitalismo, há necessidade de um crescimento populacional acelerado para dar conta das demandas de produção e consumo de mercadorias. Ao mesmo tempo, o parto e a vida sexual e reprodutiva das mulheres em geral são extremamente dolorosos e arriscados, havendo um alto percentual de óbitos maternos e infantis e ainda de complicações decorrentes da prática sexual (gestações repetidas, doenças sexualmente transmitidas e demais agravos de saúde).

É o processo de medicalização dos nascimentos que consolida o campo da “saúde materno-infantil”, entendida como ações dirigidas às mulheres durante a gravidez, parto e puerpério, que têm como objetivos básicos garantir a saúde do bebê e prevenir a morte materna. Até hoje, grande parte das ações de saúde coletiva que ocorrem nas unidades básicas de saúde no Brasil são inspiradas na proposta de atenção materno-infantil.

As críticas feministas aos programas materno-infantis questionam seu recorte, a partir do qual a mulher e seu corpo são reduzidos ao exercício da reprodução biológica. É argumentado que as mulheres têm necessidades de saúde específicas e que mulheres e corpos femininos são mais do que fábricas e reservatórios de bebês.

A proposta de atenção à saúde integral da mulher aponta para a ampla gama de necessidades nesta área, além das imediatamente reprodutivas, que pretende situar a mulher como sujeito e não como objeto reprodutor. Busca também problematizar as condições sociais de desigualdade que configuram o cotidiano das mulheres como determinantes no processo de produção das suas queixas, patologias, mal-estares e modos como se relacionam com estes agravos. Além disso, faz uma crítica ao modelo de oferta de ações em saúde, altamente medicalizado e medicalocêntrico, entendendo que este modelo reproduz os esquemas de dominação sobre as mulheres e as mantém alienadas dos seus corpos e das suas necessidades como sujeitos.

A proposta de saúde integral da mulher está baseada, portanto, nas premissas sobre a determinação social do processo saúde e doença e na perspectiva do gênero, organizador social que dá suporte à desigualdade entre mulheres e homens. As ações derivadas desta proposta deveriam incluir o reconhecimento do impacto da subordinação sobre a saúde e a busca de modos de romper com esta situação. Neste sentido, é dada grande ênfase às práticas educativas visando o autoconhecimento e às questões de saúde mental, a partir do reconhecimento de que grande parte do sofrimento psíquico feminino está relacionado às pressões que a cultura de gêneros exerce sobre as mulheres (Vilela, 1992). A proposta de atenção integral à saúde da mulher implica ainda na articulação entre os diferentes setores e níveis de assistência, o que, na prática, tem sido um dos grandes entraves à sua operacionalização. Ao mesmo tempo, é o discurso crítico aos programas de atenção materno-infantil que dará suporte à disseminação da contracepção.

## As mulheres e a reprodução

Durante os últimos séculos, a ordem dada às mulheres era reproduzir. Mas o sentido da ordem se inverte ao longo deste século. A partir dos anos 50 passa a haver um enorme esforço no sentido de limitar o número de filhos por mulher, especialmente nos países pobres. Baseados nas teorias de Malthus, que apontam que o rápido crescimento populacional pode levar o mundo à escassez de alimentos, gerentes e gestores nacionais e internacionais começam a pressionar governos para que fossem estabelecidas políticas que desestimulassem a reprodução. Esses interesses macroestruturais vão ao encontro da aspiração de muitas mulheres de poder contar com meios de regulação de fecundidade, em particular no momento de expressiva absorção da mão-de-obra feminina pelo mercado de trabalho. Assim, nos serviços de assistência às mulheres, ao lado de ações de assistência à gravidez, parto e puerpério, começa a haver distribuição de contraceptivos. No Brasil e em muitos outros países, a proposta de atenção integral à saúde da mulher se concretiza, na prática, pela incorporação da anticoncepção à atenção materno-infantil. O foco, portanto, ainda é a reprodução.

A rápida disseminação dos programas de controle da fertilidade implementados nos países pobres e as altas taxas de mortes evitáveis causadas pelo descaso na oferta dos demais cuidados de saúde, além dos contraceptivos, instigam o movimento internacional pela saúde das mulheres na busca de novas propostas. Neste contexto surge o conceito de saúde reprodutiva, apontando para o conjunto mínimo de condições que garantam à mulher que o ato de reproduzir, ou a escolha por não reproduzir, não se constituam em risco de vida ou em dano à sua saúde. A idéia de saúde reprodutiva busca romper com a idéia de reprodução como um dever, ou destino feminino, para situá-la como um direito. Entendida como um direito humano básico, a reprodução (sem riscos ou coerções, é evidente) deve estar garantida pelos Estados e Governos.

Como nos momentos anteriores, os interesses distintos das mulheres e dos gestores políticos convergem para soluções muito próximas, já que existe, por parte dos grandes gerentes internacionais, o interesse de integrá-las ainda mais aos processos de produção e consumo, inclusive de medicamentos.

## As mulheres e o sexo

A Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD, Cairo, 1994) torna-se um marco no processo de negociação entre movimentos organizados de mulheres, governos e financiadores. Precedida por um processo longo de discussões e articulações, a CIPD consagra a diretriz de que a saúde reprodutiva se referencia nos princípios dos direitos humanos, de modo que a questão da reprodução não pode ser tomada de forma isolada e sim num contexto de políticas de desenvolvimento (Nowrojec, 1994).

É impossível pensar saúde reprodutiva sem o exercício dos direitos reprodutivos. Neste sentido, a agenda para garantir a saúde reprodutiva das mulheres deveria incluir:

- Respeito às decisões reprodutivas das mulheres, que implicam na disponibilidade de informações corretas e de boa qualidade a respeito das alternativas referentes à reprodução biológica: ter ou não filhos, quando, com quem, como evitá-los, ou criá-los.
- Serviços que respeitem a decisão da mulher e que disponham dos recursos necessários para garantir a viabilização da sua escolha.
- Estímulo à responsabilização dos homens pelos seus atos sexuais e a incorporação destes em atividades e ações que promovam a saúde reprodutiva.

Uma das grandes críticas aos acordos estabelecidos no Cairo é a ambigüidade com que foram tratadas as questões referentes à sexualidade e ao aborto. Em relação a este último, ponto de tensão entre as feministas e quase todas as igrejas, a solução foi pela omissão do termo nos documentos finais oficiais da Conferência, embora a formulação sobre a “garantia da livre escolha da mulher a respeito de ter ou não ter filhos” implique

na não condenação dos países que permitem a interrupção da gravidez e reenvie a questão do aborto para cada contexto nacional.

Em relação à sexualidade, inicialmente havia uma polêmica sobre a necessidade de uma referência explícita, pelo acréscimo do termo “sexual”, resultando na fórmula “saúde reprodutiva e sexual”. Outros apontavam que a idéia de saúde reprodutiva já englobava os processos patológicos relacionados ao exercício da sexualidade. De fato, o que estava em jogo era a possibilidade de o desfrute sexual ser assumido como um direito das mulheres, mesmo as que não querem reproduzir ou as que têm relações sexuais com outras mulheres. Isto em contraposição a uma postura de subordinar a sexualidade à reprodução, medicalizar a atividade sexual, tomando-a como mais um risco para aquisição de doenças ou gravidez indesejada, e normatizar o sexo com formulações sobre sexualidades “normais” e “patológicas”.

Só em 1996 é apresentada, por um organismo de importância do cenário internacional (IPPF – International Planned Parenthood Federation), uma definição de saúde sexual que busca uma autonomia da sexualidade em relação à reprodução e não se restringe a aspectos meramente higiênicos. Nesta formulação, saúde sexual é entendida como:

- Capacidade de desfrutar e ter controle sobre a vida sexual e reprodutiva, de acordo com os limites éticos individuais.
- Estar livre de constrangimentos como medo, vergonha, culpa, idéias falsas e preconceitos que inibam o desfrute da atividade sexual.
- Estar livre de doenças, deficiências e desordens que impeçam o desfrute da vida sexual e o exercício das funções reprodutivas.

## **As ações voltadas para a saúde das mulheres**

Como apontamos no início, os conceitos e idéias sobre os fatos da vida, revelam sínteses entre necessidades e possibilidades sociais a cada momento. Assim, as mudanças nos modos de formular o objeto das práticas em saúde da mulher refletem, simultaneamente, as novas necessidades de saúde geradas pela rápida transformação social e econômica que ocorre em todo o mundo, e também as mudanças que estas transformações propiciaram no papel social da mulher.

Colocar a autonomia sexual da mulher no centro das propostas de saúde reprodutiva, é, sem dúvida, um avanço na conquista da cidadania das mulheres. Resta pensar como incorporar este avanço às práticas de saúde que, concretamente são implementadas nos serviços. As questões são as seguintes:

Os avanços obtidos no Cairo e nas formulações sobre saúde sexual nos permitem enfrentar que desafios?

É possível incorporar a dimensão da sexualidade, a questão da violência e seus impactos sobre a saúde às práticas de saúde e ainda redefinir pressupostos e conteúdos das ações em saúde mental, de modo a ocupar espaços que têm sido abertos nos últimos anos?

A proposta de saúde integral da mulher e de sua operacionalização através de um programa tem uma notável influência no Brasil, contrastando com as propostas da “saúde reprodutiva” e “saúde sexual” cuja origem e motivação se dão em contextos distintos do nosso. Assim, nos parece possível pensar em modos de atuação em saúde da mulher que guardem a perspectiva da integralidade, mas que se alimentem da vocação emancipatória que inspira as idéias de saúde reprodutiva e saúde sexual.

Mais do que uma síntese conciliatória, uma proposta desta natureza seria uma tentativa de enfrentamento de problemas que se avolumam e se interpenetram, obstaculizando a conquista da saúde, cidadania e qualidade de vida para as mulheres, como, por exemplo:

- Aumento da pobreza em todo o mundo e os impactos da pobreza sobre a saúde e a vida das mulheres.
- A privatização e sucateamento do setor saúde, que o isola dos demais setores da economia e dificulta o acesso das mulheres a serviços de boa qualidade.
- A crescente confusão entre qualidade dos serviços e grau de incorporação tecnológica.
- Marketing agressivo das novas tecnologias médicas, especialmente aquelas voltadas para a eterna juventude e o embelezamento a qualquer preço.
- A persistência de antigos problemas, como uma assistência digna ao parto, e emergência de novos problemas, como a AIDS, o câncer de mama e a morte precoce de mulheres por problemas cardiovasculares.
- O crescimento da violência, que atinge direta e indiretamente as mulheres, com impactos mensuráveis sobre sua saúde física e mental.
- A crescente transformação do sexo em bem de consumo.

Discutir cada um destes desafios e os modos de enfrentá-los foge aos objetivos deste texto. Entretanto, vale a pena lembrar que nenhum deles pressupõe uma ação apenas no âmbito das políticas ou dos serviços. Nossa aposta para os tempos que virão é articular o fazer político com o fazer técnico, articular intervenções diretas sobre os corpos das mulheres com intervenções sobre as mentalidades e os costumes, construir uma prática de saúde compro-metida com a transformação da sociedade, no sentido do bem para todas e todos.

## **Bibliografia**

- HEYZER, Noelfen. *The Balancing Act – Population, Development and Women in an era of globalization*. In *International Lecture series on Population Issues*. The John D. and Catherine T. Macarthur Foundation. New Delhi, India. 1996.
- NOWROJEC, Sai. *População e direitos reprodutivos*. Perspectivas Feministas do SUL. REDE DAWN-MUDAR. Rio de Janeiro. 1994.
- PETCHESKY, Rosalind. *Direitos sexuais: um novo conceito na prática política internacional*. In BARBOSA e PARKER (org) *Sexualidades pelo Avesso*. IMS/UERJ. Editora 34. São Paulo. 1999.
- SAYD, Jane Dutra. *Mediar, medicar, remediar – Aspectos da terapêutica na medicina ocidental*. EDUERJ. Rio de Janeiro. 1998.
- VILLELA, Wilza. *Mulher e saúde mental – Da importância do conceito de gênero na abordagem da loucura feminina*. Tese de Doutorado. Mimeo. FMUSP. São Paulo. 1992.
- WEITZ, Rose. *The Politics of Women's Bodies - Sexuality, Appearance and Behavior*. Oxford University Press. New York (ed.). 1998.