

MULHERES: SINGULARES E PLURAIS

Maria Helena Baena de Moraes Lopes¹

Durante séculos a mulher foi vista como um ser inacabado, incompleto, cuja única função era perpetuar a espécie humana. E talvez demorem muitos outros anos ou mesmo séculos para reconhecemos a mulher como um ser singular e, ao mesmo tempo, plural. Singular, pelas suas necessidades específicas de mulher sejam de ordem fisiológica, de saúde, de relação com o outro e com o mundo, de crenças ou de valores. Plural, por serem as mulheres não um grupo único, mas vários, tantos quantos são os seus diferentes papéis sociais, suas raças, suas culturas, suas opções religiosas e suas orientações sexuais, dentre outros determinantes que fazem serem as mulheres não apenas um grupo distinto dos homens, mas grupos diferentes entre si.

Essa singularidade e pluralidade são percebidas na vivência cotidiana do profissional de saúde e instigam o desejo de conhecer melhor a mulher. Deste fato surgem pesquisas que visam conhecer e reconhecer estas diferenças a fim de melhor assistir a mulher, respeitar suas opções, suas crenças e valores e assim, humanizar o cuidado.

À medida que a mulher conquista o seu lugar na sociedade, muda a assistência à saúde a ela prestada; inicialmente centrada no sistema reprodutivo, atualmente tem aos poucos se expandido para uma visão holística da mulher, a fim de contemplar não apenas suas necessidades físicas, mas também sociais, emocionais e espirituais. Essas mudanças requerem uma nova definição de saúde da mulher que seja “mulher centrada”.¹

Embora persistam problemas como a violência contra a mulher, reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) como problema de saúde pública,²⁻³ outras questões são mais recentes, afetam o presente e ameaçam tornar mais difícil o futuro, como o envelhecimento da população. Com o aumento da expectativa de vida, além das mulheres constituírem a maior proporção de idosos, muitas idosas são cuidadoras de outros idosos, sejam elas esposas ou filhas que se encontram em processo de envelhecimento, ou em plena velhice, mas mesmo assim, assumem a tarefa de cuidar, ainda que possam também elas apresentar alterações na capacidade funcional ou na sua saúde.⁴ Já outras mulheres pertencem à “geração sanduiche” por se dividirem no cuidado

¹ Enfermeira. Especialista em Obstetrícia e Estomaterapia. Professora Titular da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). E-mail: mhbaenam1@yahoo.com.br.

de crianças e de idosos da família,¹ o que pode afetar sua saúde pelo estresse causado pelo papel de cuidadora.

Tem-se usado os conceitos de “centralidade” e “totalidade”⁵ para discutir a saúde da mulher sob um novo olhar. “Centralidade” seria definir os problemas de saúde como as mulheres o experienciam, tornando-as pessoas que decidem, de forma ativa, sua própria vida e fazendo com que as intervenções em saúde sejam realizadas dentro de uma perspectiva de saúde pública que aborde as questões relativas à saúde da forma como as mulheres desejam que seja feito. “Totalidade” significa estabelecer que os problemas de saúde das mulheres estão profundamente implantados no status que derivam de suas múltiplas relações sociais, isto é, reconhece-se que as mulheres estão intrinsecamente envolvidas com suas famílias e comunidades, não se podendo separar seus papéis como trabalhadoras, cuidadoras, mães, irmãs e esposas.

No Brasil, o Estudo da Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 Anos, com Ênfase na Mortalidade Materna,⁶ mostra um panorama sombrio e surpreendente ao revelar que a principal causa de morte materna é o acidente vascular cerebral, seguido pela aids e pelos homicídios. O câncer de mama ocupa a quarta posição e os acidentes de transporte, a quinta.

De fato, a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde⁷ confirma essas peculiaridades e mostra que há lacunas de conhecimento quando o olhar se amplia e apresenta temas prioritários para a pesquisa em saúde da mulher, alguns deles “tradicionais” mas sob uma nova perspectiva, e também “novas” questões de investigação em saúde.

Temas frequentemente pesquisados foram ampliados para além da dimensão biológica, e estão de acordo com mudanças sociais da mulher que adquiriu maior poder sexual e reprodutivo e inserção no mercado de trabalho, o que a leva a apresentar novas necessidades de assistência à saúde. O abortamento deve ser agora investigado não apenas considerando os determinantes biológicos, mas também os socioculturais; os estudos sobre contracepção e concepção precisam discutir métodos alternativos de contracepção, a esterilização e seu impacto biopsicossocial; infecções sexualmente transmissíveis e aids necessitam ser estudadas não apenas entre adolescentes e mulheres em fase reprodutiva e união estável, mas também entre mulheres maiores de 50 que estão mais vulneráveis ao manterem-se sexualmente ativas, mas sem proteção.⁸ O processo de amamentação deve ser considerado frente à qualidade de vida da mulher e suas repercussões na saúde mental, no trabalho e na sexualidade e não apenas quanto aos vários benefícios do aleitamento materno.

O 5º Objetivo de Desenvolvimento do Milênio da OMS – Melhorar a saúde materna, tem como Meta 5.A reduzir em três quartas partes a mortalidade materna, entre 1990 e 2015 e

como Meta 5.B conseguir, para 2015, o acesso universal à saúde reprodutiva.⁹ Isso se reflete na escolha de temas tais como: Hipertensão gravídica e gravidez na adolescência; Qualidade da assistência às urgências e emergências obstétricas; Estudo sobre a atenção ao aborto legal, ilegal, incompleto e por malformação fetal, e Acesso e qualidade da atenção à saúde das mulheres no sistema prisional e mulheres portadoras de deficiência.

Temas pouco explorados em pesquisa são elencados: Suicídio na gravidez; Impacto da mídia no comportamento da mulher; Determinantes comportamentais e diversidade de orientações sexuais; Mulheres com deficiências; Medicalização do corpo feminino nas diferentes fases da vida; Desigualdades socioeconômicas, dimensão étnico-racial e de gênero; Determinantes biológicos e socioculturais dos problemas de saúde associados ao climatério; Estudos de práticas complementares e medicina natural (como homeopatia, acupuntura, fitoterapia e outros) de atenção nas diferentes fases da vida da mulher; Prevalência de problemas de saúde e mortalidade em diferentes grupos raciais e étnicos; Prevalência da anemia falciforme e seus reflexos no desenvolvimento físico e psicológico nas várias etapas da vida; Acesso e qualidade da atenção às mulheres que fazem sexo com mulheres, homossexuais, bissexuais, lésbicas, transexuais e outras orientações sexuais, e profissionais do sexo.

Recomenda-se ainda avaliar práticas, verificar a morbimortalidade associada à utilização de tecnologias no parto, valorizando-se a humanização ao considerar prioritários temas como: Efetividade da humanização da assistência ao parto e puerpério; Avaliação da qualidade do pré-natal; Determinação cultural na escolha do tipo de parto (posição, alimentação e medicalização); Estudos comparativos sobre os modelos de atenção ao pré-parto, parto e pós-parto; Morbidades relacionadas ao uso e não uso de tecnologias no parto; e Estudos de satisfação da usuária na atenção à gravidez, ao parto e ao puerpério.

Evidencia-se a mulher como trabalhadora e as implicações para sua saúde ao serem apontados os temas: Estudo da gravidez e implicações para o processo produtivo; Relações entre os trabalhos sexual, infantil, rural, doméstico e a saúde; Fatores ergonômicos e sensoriais e problemas ocupacionais; Avaliação do impacto do tratamento sobre a reinserção profissional da mulher com câncer de mama, e Impactos diferenciados das ações de saúde do trabalhador nas mulheres e homens.

Também se reconhece que a violência contra a mulher se perpetua, não sendo respeitados nem mesmo situações de maior vulnerabilidade como a gravidez e a deficiência, ao serem propostos como temas de pesquisa: Prevalência de depressão, suicídio e violência contra a mulher; Mortalidade; (Violência) Sexual, doméstica, institucional, na gravidez,

relacionada a DST/aids e à deficiência, e Avaliação da efetividade da rede intersetorial que atende mulheres em situação de violência.

Há também preocupação com a mulher que envelhece, exemplificada pelos temas: Determinantes biológicos e socioculturais das doenças crônico-degenerativas e das incapacidades; Sexualidade na terceira idade; Acesso e qualidade da atenção e cuidado à saúde da mulher idosa, e Efeitos adversos da terapia de reposição hormonal.

A saúde mental das mulheres também foi eleita como prioridade ao serem elencados temas como: Estudo da prevalência e incidência de transtornos mentais na mulher grávida; Avaliação dos determinantes e tratamento da depressão pós-parto, e Prevalência do consumo de drogas lícitas e ilícitas e a determinação de gênero.

Não estão aqui elencados todos os temas considerados prioritários, embora se tenha citado a maioria deles. Para a Enfermagem, muitos deles como a humanização, a necessidade de cuidar do cuidador, a qualidade de vida, a atenção a mulheres em situações de grande vulnerabilidade, como as que vivenciam a violência e as privadas de liberdade, nos tocam mais profundamente e mostram que há muito o que se investigar, conhecer, para propor mudanças por meio de estudos baseados em metodologias qualitativas, quantitativas, estudos de custo-benefício, desenvolvidos de forma multicêntrica ou em rede e outros. O desafio está posto e é preciso encará-lo sob uma nova perspectiva, considerando a singularidade e pluralidade do ser mulher.

REFERÊNCIAS

1. Collins JB, Sharp N. Women and the health care system. In: Youngking EQ, Davis MS (Ed). Women's health: a primary care clinical guide. 2nd ed. Stanford, Connecticut: Appleton & Lange; 1998. p. 3-19.
2. OMS. Organização Mundial da Saúde. Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência. 2012. [citado em 4 dez 2014] Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359_por.pdf.
3. Bott S, Guedes A, Goodwin M, Mendoza JA. Resumen del informe violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países. Washington, DC: OPS; 2013.
4. Diogo MJD, Ceolim MF, Cintra FA. Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio. Rev Esc Enferm USP. 2005; 39(1):97-102.
5. Rodrigues-Trias H. Women's health, women's lives, women's rights. American Journal of Public Health. 1992; 82(5):663-4.

6. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (BR). Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: relatório final. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006. 126 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia (BR). Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008. 68 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde).
8. Bertoncini BZ, Moraes KS, Kulkamp IC. Comportamento sexual em adultos maiores de 50 anos infectados pelo HIV. *J Bras Doenças Sex Transm* 2007; 19(2): 75-9.
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). Objetivos de Desarrollo del Milenio. [citado em 4 dez 2014]. Disponível em: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/es/.