

**MORTALIDADE MATERNA:
UMA QUESTÃO SOCIAL**
Maria Betânia Ávila

SAÚDE REPRODUTIVA EM TEMPOS DE AIDS
Elcylene Leocádio



ESGOTADO

Maria Betânia Ávila é socióloga, com pós-graduação em Sociologia do Desenvolvimento (Paris I-Sorbonne). É coordenadora do SOS CORPO - Gênero e Cidadania e pesquisadora da mesma instituição. Co-autora do livro Viagem ao Mundo da Contracepção - Editora Rosa dos Tempos e participou da coletânea Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil - Editora Vozes.

Texto redigido em 1990

Elcylene Leocádio Médica sanitarista com especialização em saúde pública. No SOS CORPO desenvolve trabalhos no PGM de educação em Serviços Públicos de Saúde.

Texto utilizado para subsidiar o debate: Saúde Reprodutiva em Tempos de AIDS
II Seminário Anual sobre AIDS e Políticas Públicas, ABIA. RJ/1994

Revisão:	Taciana Gouveia
Digitação:	Ângela Araújo
Composição:	Romag
Impressão:	Gráfica Flamar
Edição:	SOS CORPO - Gênero e Cidadania Rua Major Codeceira, 37 Santo Amaro - 50100-070 Recife - Pernambuco - Brasil Tel.: (081) 221.3018 Fax: (081) 221.3947
Apoio:	Fundação MacArthur
Tiragem:	250 exemplares

ÍNDICE

• APRESENTAÇÃO	03
• MORTALIDADE MATERNA UMA QUESTÃO SOCIAL	04
01. INTRODUÇÃO	04
02. DEFINIÇÃO DE MATERNIDADE MATERNA	05
03. A MORTE MATERNA - FANTASMA E REALIDADE HISTÓRICOS	05
04. O VALOR DA REPRODUÇÃO	07
05. COMO SE MEDE A MORTALIDADE MATERNA	09
06. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	11
• SAÚDE REPRODUTIVA EM TEMPOS DE AIDS	12
01. INTRODUÇÃO	12
02. O QUE É SAÚDE REPRODUTIVA? O QUE É SAÚDE?	12
03. QUAL A REPERCUSSÃO DA REPRODUÇÃO HUMANA PARA A SAÚDE DAS MULHERES E HOMENS?	14
04. QUAIS AS MUDANÇAS NECESSÁRIAS PARA A IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES EDUCATIVAS NO SETOR DE SAÚDE PARA HOMENS E MULHERES?	18
05. NOTA	19
06. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	19

• APRESENTAÇÃO

A primeira vista os títulos dos trabalhos de Maria Betânia Ávila e Elcylene Leocádio podem ser pouco atraentes. Afinal, de forma direta ou indireta, a morte e suas dores parecem estar escondidas em cada página que se abre. Contudo, apesar da dura realidade exposta nos textos, as palavras buscam falar de vida, seja através da crítica às formas como atualmente se pensa e se trata a saúde e a doença, seja através dos questionamentos e propostas que as autoras levantam no sentido de tornar a maternidade e a reprodução momentos de vitalidade e plenitude na vida das mulheres e dos homens.

Taciana Gouveia

• MORTALIDADE MATERNA: UMA QUESTÃO SOCIAL

01. INTRODUÇÃO

O que me proponho a fazer aqui é um exercício que possa contribuir com alguns elementos para pensarmos a questão da mortalidade materna dentro do contexto mais amplo de falta de condições para uma vivência saudável do período que se inicia na gestação e vai até o puerpério. A intenção é problematizar o tratamento que vem sendo dispensado ao tema mesmo dentro do espaço político e de produção do conhecimento do movimento feminista. Essa análise se faz a partir de uma visão sociológica, tomando o conceito de gênero como referência fundamental.

Para construir este texto tomei como ponto de partida uma leitura crítica dos trabalhos do Dr. Ruy Laurenti e do Dr. Rivero Ortiz (1989), que fazem parte do relatório do Seminário Nacional de Morbi-Mortalidade Materna*. Como este evento se caracterizou por um diálogo entre feministas que trabalham na área dos direitos reprodutivos e profissionais médicos, faço deste momento uma ampliação deste diálogo.

A seriedade com que o tema é tratado, a partir da ótica médica, nos trabalhos acima citados me permitiu uma dupla oportunidade: em primeiro lugar, instruir-me sobre alguns pontos que desconhecia até então. Por outro lado, a partir destas revelações, fazer uma espécie de interpretação dos conteúdos, alargando assim o campo da discussão para além dos serviços de saúde.

Em suas análises os autores já enfatizam a importância das condições gerais de vida para o bem-estar do corpo.

"Hoje em dia está bastante difundida a idéia de que grupos populacionais ou comunidades com características desfavoráveis, tais como renda familiar baixa, grau de instrução baixo, insuficiente ingestão de alimentos, precária disponibilidade de água etc., apresentam a maior concentração dos problemas de saúde" (ORTIZ, 1989).

Ao lado destes aspectos socio-econômicos citados como responsáveis pela perda da qualidade da vida, gostaria de mencionar outros de ordem sócio-cultural como: violência sexual, confinamento e privação no espaço doméstico, negação da autonomia do indivíduo, abandono durante a gravidez, clandestinidade do aborto, enfim, esses e muitos outros decorrentes das relações sociais baseadas em dominação de gênero.

"No que diz respeito especificamente à saúde da mulher, percebe-se que ela apresenta - além das condições gerais de vida citadas anteriormente e válida para todos os grupos populacionais - uma condição adicional de risco de adoecer ou morrer que é a de cumprir o papel biológico da reprodução humana, o que não ocorre com o seu parceiro, o homem. Pela identificação desta situação é que hoje em dia se afirma que a mulher, independente de tempo ou lugar, deve ser objeto de priorização no cuidado à saúde". (Rivero, 1989).

(*) Este seminário foi realizado em São Paulo e coordenado pelo Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, Géledes - Instituto da Mulher Negra e Dra. Margareth Arilha.

O que se percebe no cotidiano da maioria das mulheres é que tanto na esfera privada quanto na esfera pública, há uma inversão radical deste postulado.

02. DEFINIÇÃO DE MORTALIDADE MATERNA*

“Define-se morte materna como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente de duração ou de localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.”

A Organização Mundial de Saúde, também autora do conceito acima citado, divide a mortalidade materna em dois grupos:

- “1. Mortes obstétricas diretas: aquelas resultantes de complicações obstétricas na gravidez, parto ou puerpério, devidas a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos, resultantes de qualquer das causas acima mencionadas.
 2. Mortes obstétricas indiretas: aquelas resultantes de doenças existentes antes da gravidez ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez, não devidas a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.
- Juntamente com essas mortes obstétricas - diretas e indiretas - vem tendo importância crescente às chamadas “mortes não obstétricas” ou “mortes obstétricas não relacionadas”, que são definidas no texto da OMS como aquelas que “ocorrem por uma causa acidental ou incidental não relacionada à gravidez ou ao seu manuseio.”

03. A MORTE MATERNA - FANTASMA E REALIDADE HISTÓRICOS

“...Meu corpo é bem mais velho do que eu, como se conservássemos sempre a idade dos medos sociais com os quais o acaso da vida nos pôs em contato...” (BARTHES, 1979)

O medo é um elemento sempre presente na fala das mulheres quando se referem aos fatos ligados à procriação. Em uma pesquisa que realizamos na Rede Pública de Saúde de Recife, interrogamos os profissionais de saúde sobre como eles percebiam o estado emocional das mulheres quando chegavam para “dar à luz”. As respostas variavam entre “histéricas, nervosas e amedrontadas”. As mulheres também se queixam dos tratamentos a que são submetidas quando chegam ao serviço público para tratar sequelas de abortos clandestinos. Estes geralmente são realizados em péssimas condições e através de meios tão diversos quanto perigosos para a saúde e mesmo para a vida delas. Os milhares de casos que não chegam à rede pública podem permanecer na clandestinidade ou por que foram bem sucedidos, ou porque foram fatais. Em todas estas situações a condição financeira é um elemento fundamental e definidor das condições do atendimento e, portanto, dos riscos de morbi-mortalidade.

Quando uma mulher morre de morte materna deveríamos interrogar onde começou a se construir esta morte. Quais as condições de trabalho que teve durante a gravidez? Que método contraceptivo usou antes de engravidar? E o feto? Sofreu violência na relação conjugal? Fez

(*) As definições apresentadas neste item foram extraídas do texto de Laurenli (1989)

pré-natal? E com que qualidade? Comumente se pensa e se mede os efeitos da gravidez no agravamento de problemas de saúde que as mulheres já têm. Considero que deveria se começar a medir os efeitos dos violentos contextos de vida na construção da morbidade em um corpo feminino que engravidou pleno de saúde. Dessa forma, evitaremos raciocínios simplistas como aquele que relaciona uso de contracepção e redução de mortalidade materna. Neste caso, a morte não acontece por que não existiu a gravidez.

O Serviço de Saúde pode ser inteiramente responsável por descuido e/ou incompetência por uma morte materna, mas pode também agravar ou corrigir os efeitos danosos que a falta de condições adequadas impõe ao corpo de uma mulher grávida. Perversa não é apenas a Rede de Saúde, mas o sistema no qual esta se insere e que faz da reprodução biológica uma problema grave. O que explica a solidão da mulher nessa “esquina da reprodução”? A questão é que essa reprodução não acontece num vazio social, mas sim no contexto de instâncias entremeadas pelas relações de poder nas quais se inclui a dominação de gênero.

Que modernidade é essa que não acendeu luzes sobre este campo tão fecundo da atividade humana? A mortalidade materna persiste como marca de um modelo de desenvolvimento social que tem se baseado em discriminações, onde mesmo os avanços dos conhecimentos científico e tecnológico não conseguem romper com uma ordem sócio-cultural construída a partir de preconceitos de sexo, de raça e de classe. Vê-se exatamente o inverso, o uso da tecnologia a serviço da dominação.

As representações dos partos em muitas novelas de TV e revistas românticas estão construídas a partir da dor, da solidão e da punição. Além disso trazem uma caracterização das mulheres que as divide entre “boas parideiras”, “parideiras com dificuldades” e outras que não devem nem parir. Me vem à memória uma novela ambientada no tempo da escravidão, onde cenas de partos apresentavam mulheres negras e brancas como protagonistas. No caso das primeiras, tudo acontecia fácil e com violência. Parideiras “naturais” de mão de obra, eram mostradas como meros instrumentos. No caso das segundas, reprodutoras de herdeiros brancos e patriarcas, a ordem se invertia e tudo acontecia com dificuldade e muito aconchego e servidão de outras mulheres, as negras. Nos dois casos, no entanto, havia o fantasma da morte, a idéia do parto como um momento nebuloso e de consequências imprevisíveis, onde se lança a sorte das mulheres. Com este exemplo quero chamar atenção para a construção da representação do “ato biológico” a partir dos elementos de classe e de raça, onde brancas “livres” e negras escravas parem diferente sob o signo do patriarcado.

Gostaria de evidenciar a secularidade desta construção citando a visão de Hipócrates (460 - 377 a.C.) sobre os atributos dos corpos femininos a partir da sua cor, incluído no prólogo do capítulo - Da Natureza da Mulher.

“É importante também examinar a constituição das mulheres, sua coloração, sua idade, suas estações, os lugares e os ventos. Umam são frias, úmidas e sujeitas aos fluxos, outras quentes, mais secas, mais fechadas. As mulheres muito brancas são mais úmidas e mais sujeitas aos fluxos; as mulheres negras são mais secas e compactas; as morenas estão no meio. Assim acontece também com a idade.” (apud KNIBIERHLER et FOUQUET, 1983).

Os Serviços de Saúde são uma parte importante do cenário onde essa tragédia se realiza e que tem como um dos lugares fundamentais de origem a desvalorização da reprodução biológica.

A mortalidade materna é emblemática de um “destino” construído de forma heterônoma. Quando produzida, é o final de uma longa história de discriminação que marca tanto o corpo de cada mulher individualmente quanto o corpo histórico feminino.

04. O VALOR DA REPRODUÇÃO

“No seio de toda formação social coexistem uma produção social de bens e uma produção social de seres humanos, que são sempre distintas, mas, ao mesmo tempo, relacionadas uma à outra. As experiências da análise levam-nos a atribuir à primeira o nome de produção e à segunda o de reprodução (...) Curiosamente, enquanto o bom-senso ou a utopia recomendaria que a primeira fosse submetida à segunda como o meio ao fim, e que os seres humanos produzissem bens para subsidiar e se perpetuar, que organizassem essa produção em função da reprodução, é o inverso que se produz historicamente e são as modalidades da produção que determinaram e determinam ainda as modalidades da reprodução”. (COMBES & HAICOULT, apud CASTRO, 1991).

Durante os trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte (1987-1988), as mulheres brasileiras organizadas lutaram pela aquisição de direitos - muitos dos quais relacionados com o campo da reprodução - que incluíam tanto as reivindicações por uma contracepção livre e gratuita, quanto a licença-paternidade e a licença-maternidade estendida para 120 dias. O processo que envolve a consolidação destas duas formas de licenças como direito constitucional é exemplar tanto do que foi referido acima, como das intervenções políticas que pretendem mudar este sistema.

O alargamento da licença-maternidade de 90 para 120 dias suscitou uma série de controvérsias e enfrentamentos. As reações negativas para esta ampliação vinham de dois lados. Os empresários/patrões ameaçavam as mulheres com o desemprego, caso este direito fosse legalizado. Tal posição indica que este setor se recusava a incluir nas responsabilidades sociais das empresas - e até mesmo do Estado - os custos da reprodução. É interessante observar que este benefício deve ser custeado pela Previdência Social, cabendo ao empregador apenas 0.9% dos encargos trabalhistas, isto nos permite pensar que há um componente simbólico na recusa dos empresários em absorver a evolução da legislação no tocante as relações entre produção e reprodução. Um fato já estava evidente nesta posição: quem se integra na esfera da produção não pode ter tempo nem espaço para engravidar e reproduzir. Nestes termos, portanto, pode-se concluir que a mulher por estar grávida é remetida automaticamente a possibilidade de exclusão “natural” do mercado de trabalho. As exigências (ilegais) de ligadura de trompa por parte das empresas como condição de acesso ao emprego confirmam esta situação.

De outra parte, críticos de vários setores argumentavam que a ampliação da licença-maternidade traria tanto a possibilidade de desemprego, quanto significaria a revalorização da representação social que define a reprodução biológica como lugar fundamental de identidade feminina, estabelecendo o papel social da mulher como uma herança dessa função biológica.

Este raciocínio, embora não seja muito diferente do primeiro, era feito por quem dizia se colocar em defesa da mulher. Ora, outra vez está contida aí a idéia de subordinação da esfera reprodutiva à esfera da produção e, mais ainda, o seu caráter imutável. Estes críticos não percebem que garantir enquanto direito, a relação da mãe com o(a) filho(a) nos primeiros meses de vida significa retirar esta maternidade do campo da relação natural (e, por isso mesmo, desprovida de direitos) para um lugar de cidadania construída a partir da inserção da mulher no mundo público e no mundo privado. Era justamente esta idéia que alimentava os argumentos das mulheres que lutavam por esta causa.

Em relação à licença paternidade consolidada em 8 dias - tempo para nós muito breve a reação dos “contras” foi de ridicularizar e apontar a incongruência de uma proposta que contrariava a ordem “natural” do mundo. Afirmava-se que liberar os homens dos seus encargos de trabalhadores para exercer, por mínimo que seja, as funções de pai no âmbito doméstico nos primeiros dias de nascimento do(a) filho(a) não condizia com nossos costumes. Certamente os homens se desviariam deste lugar tão estranho que lhes atribui a lei para exercer neste tempo “livre” outras atividades próprias ao temperamento masculino, como por exemplo “ir beber no bar da esquina”.

Esta posição - além de estar calcada em uma visão positivista da sociedade, onde os fatos sociais não têm dinâmica nem historicidade - é plena de machismo e discriminação e, por isso mesmo, demonstra que ainda não compreende e nem aceita um novo projeto de relações humanas que seja redefinidor do exercício da paternidade como uma função social não restrita à provisão, mas que incorpora a vivência e os cuidados do pai junto do(a) filho(a).

Como ponto de passagem para o que abordarei a seguir gostaria de esclarecer que não acho que as alterações nas leis, por si só, revertam a moral vigente na sociedade e as relações sociais de poder. Ainda assim, considero que elas podem inspirar e respaldar as mudanças pelas quais lutamos nas diferentes esferas da vida social, já se constituindo por isso, em um novo referencial legal e simbólico.

Tomarei outro ponto de reflexão: a casa. Vista como lugar natural da saúde e do repouso, revela-se muito diferente quando desvendamos o trabalho “invisível” e as relações de dominação que aí se realizam. A harmonia e o estado de bem estar, considerados tradicionalmente como inerentes à este espaço, se desconstroem como realidades quando expostos a uma análise, mas permanecem como idealização.

“O trabalho das mulheres é, ainda hoje, uma espécie de paradoxo: de fato, para as mulheres que o fazem, ele é uma realidade cotidiana e às vezes muito dura. Ao mesmo tempo, ele não existe, ou melhor, aos olhos da sociedade inteira, tudo se passa como se ele não existisse” (ROMITO & HOVELOQUE, 1986).

A relação do trabalho doméstico com a saúde reprodutiva é ainda hoje percebida pela visão dominante como indissociável e naturalmente harmônica. Esta idéia, tão prevalescente no senso comum, é oriunda e reforçada por teorias explicativas da divisão do trabalho entre os sexos como um resultado natural das aptidões biológicas e das diferenças físicas.

As pesquisas feministas começaram, nestes últimos anos, a fazer aparecer este trabalho. Mas isto ainda não foi suficiente para reverter a visão dominante nem para colocar em

questão - e menos ainda para mudar - as práticas e as estruturas das quais dependem. "Antes, quando eu trabalhava, meu marido me ajudava muito mais. Mas depois que eu estou em licença maternidade, pelo fato de que eu estou na casa, sou eu que faço tudo". A idéia é que, livre do trabalho externo, a mulher, em qualquer circunstância, é integralmente responsável pelo trabalho doméstico. A licença maternidade neste caso não é para parar de trabalhar, mas para deixar de ter um status de trabalhadora. (ROMITO & HOVELOQUE, 1986).

A mãe de uma criança, que está novamente grávida e que é trabalhadora doméstica, é um caso extremamente frequente. Entre as mulheres grávidas existe um grande número que trabalha 70 a 80 horas por semana (as "inativas" das estatísticas oficiais) sem um salário - horário que nenhuma organização sindical toleraria. Trata-se sempre de um trabalho fatigante mental e fisicamente: levantar e carregar uma criança maior, transportar sacos de compras, levantar e carregar a bacia de roupa lavada, estender a roupa, passar, lavar o chão. É claro que todo este trabalho não pode deixar de ter efeitos sobre o desenvolvimento da gravidez; mas de que efeitos se trata e em que nível de gravidade? (ROMITO & HOVELOQUE, 1986). Parece, como dizem estas autoras, que não tem havido muito interesse em medir tais consequências devido, talvez, a uma outra visão corrente de que só o trabalho no mercado formal pode trazer danos à saúde da mulher grávida tanto sobre ela quanto sobre o concepto.

Em pesquisa realizada pelo SOS CORPO (1988) constatamos, através dos depoimentos das enfermeiras de uma maternidade, que a principal causa de retorno das mulheres ao serviço de saúde durante o puerpério são os rompimentos dos pontos de períneos e as consequentes infecções causadas pelas relações sexuais precoces.

05. COMO SE MEDE A MORTALIDADE MATERNA

O cálculo para se encontrar o coeficiente de mortalidade materna é feito a partir da seguinte equação:

$$\text{Coeficiente (ou taxa de mortalidade materna)} = \frac{\text{nº de mortes por causas maternas em um ano}}{\text{nº de nascidos vivos no mesmo ano}} \times 10.000 \text{ ou } 100.000.$$

"(...) esta medida não é um coeficiente ou taxa, mas antes um quociente (razão), porque o número de nascidos vivos não coincide com o número de mulheres grávidas expostas ao risco de morrer por estas causas. Entretanto, preferiu-se utilizar este denominador (número de nascidos vivos), visto ser muito difícil - pode-se dizer quase impossível - obter informações fidedignas sobre o número total de mulheres grávidas". (LAURENTI, 1989).

Pensando sobre esta observação me dei conta de que os dados quantitativos sobre a mortalidade materna só podem, necessariamente, apresentar uma parte da dimensão numérica dessa realidade, embora já demonstrem uma situação alarmante! Mas não quero deter-me sobre este ponto. A questão central é a possível interferência de condicionantes sócio-culturais na construção do instrumento de mensuração e definição deste problema. Como se constroem os números? Esta é a questão. Um aprofundamento sobre a neutralidade dos métodos quantitativos de pesquisa seria interessante neste caso, mas não é a nossa tarefa aqui. Apontarei aqui apenas alguns elementos que configuram este problema.

Em primeiro lugar, é o número de nascidos vivos que embasa a medida. Dela estão fora, enquanto denominador, todas as gestações que não foram a termo, seja por uma interrupção voluntária ou não, e aquelas que foram a termo e resultaram em natimortos. Concordo que seria difícil obter informações exatas sobre o total de mulheres que engravidam todo ano. No entanto, na raiz dessa dificuldade estão implicados fatores de ordem moral. Nem todos os resultados de gravidez podem ser explicitados. Mesmo que fosse feito um censo porta-a-porta em todos os rincões do país, perguntando em cada casa pelo número de mulheres que já engravidaram e quais os resultados dessas gestações, as respostas certamente só revelariam as ocorrências permitidas pela lei e/ou pela moral.

Pode-se perceber, portanto, que as condições sociais pervertem o sistema de mensuração do problema. O conceito é um, enquanto o instrumento de medida não corresponde ao seu conteúdo, pois está sujeito de antemão às normas culturais. Estou sugerindo, portanto, que ter o número de “nascidos vivos” como denominador é uma resolução que elimina, antecipadamente, as impossibilidades e/ou dificuldades do trabalho de investigação. Por outra parte, possibilita também a universalização dessa medida e a comparação de resultados, mesmo que os contextos nacionais sejam bem diferenciados do ponto de vista social, econômico, político e cultural.

Em segundo lugar, quando este instrumento vai ser aplicado é a vez do numerador sofrer a interferência da ordem sócio-cultural vigente. Recolhi do livro publicado pela Organização Mundial de Saúde o seguinte raciocínio sobre a imprecisão das coletas de dados.

“Deve haver muitas razões de ordem social, religiosa, emocional e prática para não classificar a morte materna como tal. Mortes de mulheres não casadas, ou aquelas resultantes das complicações de aborto, por exemplo, podem frequentemente ser classificadas sob outra causa para evitar o constrangimento da família sobrevivente: isto é mais provável se o aborto foi ilegal. A extensão deste tipo de sub-registro é o desejo de evitar a culpa” (ROYSTON & ARMSTRONG, 1989).

No caso do Brasil, em relação aos registros dos Serviços Públicos, temos, além dos fatores acima citados, o agravamento da situação de sub-registro em função da ineficiência extremada dessas instituições.

Não revelar a causa da morte de uma mulher para não trazer vergonha para a família deixa claro a heteronomia do sistema ao qual ainda estão submetidos a identidade e o corpo femininos.

06. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ÁVILA, Maria Betania & LEOCÁDIO, Elcylene- "*Tipos e Qualidade dos Serviços de Assistência à Saúde da Mulher na Região Metropolitana do Recife*". Recife, SOS CORPO, 1988.
- CASTRO, Mary Garcia. "*A Dinâmica entre Classe e Gênero na América Latina: Apontamentos para uma Teoria Regional sobre Gênero*". in **Mulher e Políticas Públicas**. Rio de Janeiro, IBAM/UNICEF, 1991.
- BARTHES, Roland. **Aula**. São Paulo, Cultrix, s.d.
- LAURENTI, Ruy. "*Morbidade e Mortalidade Materna no Brasil*". in **Relatório do Seminário Nacional Morbidade e Mortalidade Materna**. São Paulo, 1989.
- KNIBIEHLER, Yvonne & FOUQUET, Catherine. **La Femme et Les Medecins**. Paris, Hachette, 1983.
- ORTIZ, Enrique Rivero. "*O Impacto na Organização dos Serviços de Saúde na Morbi-mortalidade Materna: o Caso Brasileiro*". in **Relatório do Seminário Nacional Morbi-Mortalidade Materna**. São Paulo, 1989.
- ROMITO, Patrizia & HOVELOQUE, Françoise. "*Travail des Femmes e Santé*". in **Nouvelles Questions Feministes**, nº 13. Paris, Printemps, 1986.
- ROYSTON, Erica & ARMSTRONG, Sue. **Preventing Maternal Deaths**. Genebra, OMS, 1989.

• SAÚDE REPRODUTIVA EM TEMPOS DE AIDS

01. INTRODUÇÃO

Gostaria de abordar alguns aspectos conceituais em relação à saúde reprodutiva e práticas em serviços públicos. Aspectos que considero relevantes para se repensar a educação em saúde no setor e para o controle da epidemia de AIDS.

Uma das linhas do meu trabalho consiste em promover no interior do setor saúde - através de cursos e oficinas de sensibilização, capacitação e acompanhamento - condições de implantação de ações educativas em saúde reprodutiva. Estas condições, para além das definições políticas e de ordem prática, parecem exigir um repensar em profundidade do que seja saúde/doença, seu caráter individual e/ou coletivo e as categorias de análise que têm sido utilizadas para compreender sua determinação.

Para uma compreensão mais ampla do processo saúde/doença e da saúde reprodutiva é necessário que se incorpore, enquanto determinantes, elementos constitutivos das desigualdades sociais e políticas relacionadas com a sexualidade e reprodução, que contribuem para configurar diferentes padrões de exposição ao risco de adoecer e morrer para homens e mulheres.

02. O QUE É SAÚDE REPRODUTIVA? O QUE É SAÚDE?

O que é saúde e doença? A importância desta pergunta se coloca na medida em que o conceito de saúde tem sido uma referência fundamental para planejamento e execução das políticas e práticas de saúde.

As descobertas da bacteriologia (Pasteur e Koch - séc XIX) obscureceram as discussões e práticas sobre a influência das condições de vida sobre a saúde dos indivíduos e da coletividade.

O “*treponema pallidum*” causava a sífilis, o “bacilo de Koch”, a tuberculose fortalecendo desta forma uma noção de causalidade linear que impulsionou a descoberta de novos agentes etiológicos, assim como de substâncias capazes de eliminar os agentes agressores.

Estas pesquisas impulsionaram enormemente o desenvolvimento da indústria farmacêutica. Mas, embora se tenha avançado no controle de doenças infecciosas - de alta prevalência naquele momento - essas descobertas contribuíram enormemente para a concepção individualista e mecânica da doença e uma prática médica curativa e intervencionista.

O destaque dado à doença chega a tal ponto que ela passa a ser percebida como um fenômeno isolado da saúde, que pode ser identificada não mais numa pessoa, mas sim num corpo sem história ou em parte dele. A formação de recursos humanos na área de saúde é conduzida nessa perspectiva, que supervaloriza as novas tecnologias, a alta especialização e se estrutura de forma distanciada dos sujeitos e de seus diferentes contextos de vida.

A insuficiência dessa formulação se evidencia no início do século XX quando se dará o retorno às concepções multicausais. A doença é então atribuída a uma série de fatores e não apenas a um único agente, porém é mantida a análise mecanicista do processo.

Na década de 40 o Movimento de Medicina Integral, nos Estados Unidos, vai definir o homem como um ser bio-psico-social e, em 1958, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como:

“Um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (WHO - 1958)

Esta definição, com certeza a mais utilizada até hoje, pretende incorporar fatores sociais na determinação da saúde ou da doença, rompendo, de certo modo, com a noção mais simples de causalidade linear. Contudo, na prática isto não se verifica uma vez que se coloca em pé de igualdade fatores individuais e coletivos, sem considerar de modo profundo as desigualdades sociais que determinam diferentes graus de exposição aos riscos e configuram padrões distintos do viver, adoecer e morrer em diversas sociedades e períodos históricos.

A idealização de um estado de “bem estar” a ser atingido, fora do qual se diagnosticaria a doença, nos remete à pouca nitidez nas fronteiras entre o “estar saudável ou doente” e, conseqüentemente, à perguntar quem define, em que lugar e momento, no cotidiano das pessoas, o que é ou o que constitui este “estado de completo bem-estar físico, mental e social”.

É o indivíduo quem define o seu estado de bem estar? É seu médico particular? É o médico da fábrica? É o seu patrão ou patroa? Esta percepção e definição é influenciada por questões subjetivas, por valores morais e filosóficos; por interesses de classe, mas há que se legitimá-la ou não de acordo com os interesses em questão.

Sendo o serviço de saúde, um lugar por excelência de “diagnóstico” que pode legitimar ou negar a percepção do próprio sujeito que se diz saudável ou doente, o conceito formulado pela OMS pode representar mais um instrumento para submissão, sobretudo das classes populares.

Na medida em que atribui ao social a mesma “patogenicidade” de uma bactéria, o “mal-estar” resultante da precariedade das condições de vida pode ser amenizado com ansiolíticos ou antidepressivos sem que se discuta as contradições existentes na sociedade. É fato comprovado e divulgado na grande imprensa o aumento significativo do uso destes medicamentos, assim como de internações psiquiátricas em situações de crise econômica.

Partindo do pressuposto de que a saúde e a doença são dois momentos de um mesmo fenômeno que estabelecem entre si uma relação de constante troca, constituindo uma unidade dialética, a epidemiologia social busca compreendê-la como processo social e histórico. Diferentes autores, tomando como referência várias categorias de análise, vêm elaborando modelos explicativos que procuram detectar em cada formação social os processos presentes que têm relevância para o panorama de saúde-doença.

Laurell, por exemplo, toma o marxismo como teoria e método para explicação científica do processo saúde-doença. Ela parte da categoria classe social para explicar a distribuição desigual da

doença e da categoria processo de trabalho para explicar a determinação. Para ela essas categorias não são excludentes e para a explicação dos perfis patológicos de uma sociedade o mais exato se partir dos grupos que a representam, posto que o trabalho leva a diferentes processos de desgaste e reprodução do trabalhador, configurando perfis característicos.

A abordagem da saúde/doença como processo socialmente determinado permitirá que explore as repercussões diferenciadas da reprodução humana sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos, na medida em que se construam modelos explicativos a partir de categorias que permitam analisar justamente as desigualdades sociais entre homens e mulheres. Até o momento a ausência deste tipo de análise tem contribuído para o reforço da concepção de saúde reprodutiva com saúde da mulher. Essa associação justifica a elaboração de políticas de saúde e de controle populacional, que estão, em geral, na contramão dos direitos humanos e cujos danos incidem particularmente sobre as mulheres.

Nesse sentido, pode-se lançar mão da categoria gênero para se estudar o que é saúde reprodutiva, os problemas que afetam particularmente as mulheres e os que afetam particularmente os homens enquanto consequência da “organização social da reprodução”.

03. QUAL A REPERCUSSÃO DA REPRODUÇÃO HUMANA PARA A SAÚDE DAS MULHERES E HOMENS?

No que se refere às doenças do trato reprodutivo, de graves consequências para as mulheres elas são classificadas em três tipos:

- a. Aquelas transmitidas sexualmente: clamídia, gonorréia, tricomonas, sífilis, cancro, herpes genital, verrugas genitais (papilomavirus) e infecção por HIV, hepatite B, entre outras;
- b. As infecções endógenas por bactérias e fungos;
- c. Iatrogênicas: associadas a procedimentos médicos inadequados, como por exemplo, partos e abortos em condições precárias de higiene ou pessoal despreparado.

Elas podem levar à infertilidade, gravidez ectópica, câncer cervical, incontinência urinária, mal estar e dores vagas, depressão e desconforto durante as relações sexuais. Em caso de gravidez podem ocasionar morte fetal, baixo peso ao nascer, cegueira, pneumonia neonatal, retardo mental etc.

Muitas vezes essas doenças não são reconhecidas pelas mulheres como processos patológicos. Elas são vistas como parte natural da própria condição feminina. A desvalorização de sintomas vagos ou intermitentes, assim como a pouca demanda pelos serviços de orientação e prevenção, pode estar traduzindo na realidade uma desvalorização de si ou a resignação a um lugar marginal na sociedade. Isso tem graves consequências, uma vez que para determinadas doenças como o câncer de colo, de desenvolvimento lento e assintomático, a demora pela busca de um exame preventivo pode retardar o diagnóstico ao ponto de não haver mais chance de cura.

O câncer de colo uterino pode ser prevenido através do exame citopatológico. Porém a prevenção de determinados fatores de risco, como as doenças sexualmente transmissíveis - especialmente alguns tipos do papilomavirus e herpes - requer o uso de preservativos e isso, por sua vez, exige a negociação do sexo seguro e a concordância dos parceiros.

O impacto destas doenças é maior nos países do Sul em decorrência da precariedade das condições de vida da população. A pobreza tece um pano de fundo propício para o seu aparecimento. No entanto, é importante que se destaque os efeitos das diferentes realidades em que vivem homens e mulheres, mesmo coabitando um espaço em comum. A responsabilidade que as mulheres são levadas a assumir diante de todas as tarefas domésticas é aprendida ao longo de muitos anos de convívio cotidiano com outras mulheres. Ela aprende, desde cedo, a valorizar este espaço e a mantê-lo em condições adequadas de higiene para toda a família. Ficando ela própria em último lugar, muitas vezes até na distribuição dos alimentos. Diferentemente e em oposição aos homens, para a mulher a casa é muito mais um lugar de trabalho do que de repouso e recuperação de suas forças vitais.

“Contrariamente ao que se pode imaginar uma mulher em casa corre mais risco de ter uma criança prematura que o conjunto das mulheres que têm uma atividade profissional (7.8% contra 6.3%)”. (...) Quando os dois trabalham fora, o companheiro divide as tarefas domésticas, durante a licença maternidade uma vez que as mulheres não estão “trabalhando” e sim em casa (...) eles deixam todo o serviço para elas (Romito e Hovelaque, 1986)

Por outro lado a violência sexual é um problema grave, mesmo no interior da família:

“O que nós vemos aqui, no acompanhamento do pós-parto é a chegada de muitas mulheres com pontos rompidos porque os maridos exigem relações sexuais ainda no puerpério e elas não têm condições de negar” (Gineco-obstetra. Of. de Sensibilização/Recife, 1991).

No planejamento de saúde as mulheres são consideradas um grupo prioritário para a assistência. No entanto, a rede de saúde se estrutura e organiza para atendê-las apenas em período de gestação, como demonstram diversos estudos sobre a cobertura de serviços de saúde e também esta fala de uma auxiliar de saúde numa dramatização sobre a situação de uma mulher que decidiu não ser mãe:

“O que o serviço de saúde vai oferecer a uma mulher que decidiu não ter filhos? (Aux. de saúde/Of. de sensibilização/Recife 1992)

A idealização não abre espaço para aquelas que dizem não à maternidade, principalmente para as que não se deixam levar pelo destino e optam pela interrupção de uma gravidez indesejada:

“As mulheres quando engravidam não devem abortar, elas têm que arranjar um jeito de ter, com marido sem marido, com casa sem casa, com emprego sem emprego, mas um jeito tem que aparecer, nem que morram! (Aux. de Saúde/Oficina de sensibilização/Recife 1993)

A dureza dos julgamentos e a discriminação levam à adoção de condutas violentas dentro do setor saúde, onde sem direito à defesa muitas mulheres são punidas:

“_Doutor vamos dar um analgésico para a paciente, já que a curetagem não vai ser feita agora?

"_Ela não quis abortar? Então deixa ela aí sofrendo, prá ela saber como é... (Dep. de uma Aux. de saúde/C de Sensibilização/Recife,1993)"

Enquanto se reitera o papel da mãe, se nega o do pai. Na Região Metropolitana do Recife possivelmente nos outros estados, isso também acontece, os homens não podem acompanhar trabalho de parto e o nascimento ou aborto de suas companheiras. Ele é considerado visita no se de saúde:

"Até hoje eu não consigo aceitar o fato de não ter visto meu filho com vida. Ele nasceu com problemas e pude vê-lo porque não era permitida a entrada do pai fora do horário de visitas (...) eu gritava do lado da maternidade para que a minha mulher pudesse me ouvir (...) eu era pobre e tive que me submeter à violência (...) hoje eu luto para mudar essa situação." (Diretor de Maternidade, Recife/1991)

Eles também são vistos como "persona non grata" que armam confusões, agredem, recla

"Não permitimos a entrada dos homens porque eles chegam aqui bêbados (...) um deles deu um murro enfermeira. Além disso os outros homens não vão gostar de saber que tem homens na enfermaria ver suas mulheres na hora de ter filho..." (Assist. Social, Recife/1991)

Os homens são olhados com desconfiança, como se eles estivessem sempre dispostos a alguma vantagem:

"Não podemos distribuir preservativos aos homens sem estabelecer um controle (cadastro) porque eles vão ser comercializados." (Chefe de Serviço de Saúde/Recife,1993)

Sem acesso ao parto dos próprios filhos, à informação e meios de contracepção, os homens são figuras raras nos serviços de saúde. Cabe-nos perguntar se esta exclusão os favorece? Se Recife uma cidade que detém um número enorme de câncer de colo de útero e de pênis - problemas relacionados com os mesmos fatores de risco - é paradoxal que seja praticamente nula a oferta de serviços específicos para atender a população masculina. Cada vez que se reivindica atenção para os homens na rede de saúde se fala automaticamente de ambulatórios de "saúde do trabalhador" como se mulher não trabalhasse e se os problemas de saúde dos homens se restringissem aos danos do trabalho.

Os ambulatórios de "planejamento familiar" são realizados por ginecologistas, populares conhecidos como médicos de senhoras, o que não estimula a demanda dos homens e reitera a ideia de que ter ou não ter filho é coisa de mulher.

Enquanto os homens estiverem fora dos serviços, as mulheres terão uma tarefa a mais: educar os filhos. O papel de mantenedora da saúde familiar é um derivado dos papéis de mãe e esposa e faz das funções "do lar". Essas atribuições vão desde os curativos das crianças, o acompanhamento de pessoas idosas até orientação dos companheiros para contracepção e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Esta é a visão que predomina entre os prestadores de serviço, o que pode ser observado na seguinte fala:

"Se nós priorizamos as ações educativas para as mulheres, elas orientam os maridos. O contrário não acontece, a mulher é mais responsável". (Diretor de Serviço de Saúde/Recife/1993)

Isso significa repassar um suposto aprendizado que, como tem sido demonstrado em pesquisas sobre a qualidade dos serviços de saúde (Ávila e Leocádio, 1988), é oferecido

maneira superficial e numa linguagem pouco acessível, não contribuindo em nada para a socialização do saber, mas ao contrário, para a legitimar e fortalecer algumas categorias profissionais.

Mas, educar o próprio marido pode trazer novos problemas:

“Eu falei pro meu marido sobre a prevenção da AIDS e disse que ele teria que usar preservativo se transasse com outra mulher. Dias depois eu encontrei uma camisinha em sua carteira e perguntei: tu estás usando isto? E ele respondeu: não foi você mesma quem mandou? (...) _ Eu não disse nada, mas, depois que ele saiu fui prá cama chorar”. (Aux. de Saúde/Oficina de Sensibilização/Recife/1993)

É possível que se diga que é melhor saber da infidelidade do marido do que se expor ao risco de contrair o HIV. Mas para muitas mulheres submeter-se à infidelidade assumida do marido pode significar um retrocesso inaceitável ou, no mínimo, uma nova questão difícil de ser enfrentada. Pois invertendo a situação, provavelmente o marido não esperaria para chorar sozinho e nem a mulher assumiria tão facilmente que estava mantendo relações extra-conjugais.

Essa discussão nos faz questionar a fidedignidade das informações sobre o número crescente de mulheres com HIV/AIDS com parceiro fixo e relações duradouras - é possível para uma mulher casada assumir diante de um profissional de saúde (e/ou de sua família) que “traiu” seu marido, com toda a carga de preconceito que ainda existe contra “o corno” e a mulher que “bota chifres”, e isso num país em que muitos crimes ainda são cometidos em nome da honra?

Além das dificuldades que podem surgir quando as mulheres assumem os papéis de “educadoras e enfermeiras” dentro de casa, estes representam uma sobrecarga de trabalho e stress emocional, que em geral, não é contabilizada. A exploração do trabalho das mulheres é mais uma questão que adquire relevância em relação à AIDS quando se discute formas alternativas de acompanhamento de pessoas doentes. Em recente seminário realizado no Recife pela Cooperação Brasil-França, durante um dia se debateu a assistência hospitalar no domicílio e a redução de gastos que isto representaria para o Estado. Estavam presentes representantes de organizações governamentais e não governamentais e ao se questionar os custos financeiros e pessoais para a família - leia-se para as mulheres - apesar das palmas pela intervenção a discussão morreu na mesma hora em que foi levantada.

Nesse contexto eu pergunto: o que a epidemia trás de novo ou, se o novo consiste exatamente em revisitar o muito mais que antigo para descobrir outros caminhos e compreender melhor a repercussão da epidemia de AIDS sobre a vivência da reprodução das mulheres e dos homens?

A epidemia HIV/AIDS desnorteia a experiência da cura, exige uma ação coletiva e ao mesmo tempo mudanças de comportamentos e atitudes individuais que requerem autodeterminação, conhecimento do próprio corpo, valorização de si.

Esta ação coletiva, por sua vez, exige que se pense e formule um projeto coletivo capaz de apaixonar e envolver as pessoas; e um projeto capaz de apaixonar, não é com certeza, a simples ampliação de cobertura de práticas autoritárias e excludentes. O que as discussões em torno do controle da transmissão do HIV parecem revelar, e isso já foi dito, é a necessidade de revisitar

conceitos, comportamentos, relações. Para nós que trabalhamos no campo da educação, a necessidade de questionar tudo ao mesmo tempo agora, não para paralisar, mas para poder enxergar e poder criar alternativas reais de mudanças.

04. QUAIS AS MUDANÇAS NECESSÁRIAS PARA IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES EDUCATIVAS NO SETOR SAÚDE PARA HOMENS E MULHERES?

Sem ter a pretensão de trazer uma resposta e sim questões que inspiram uma prática cuja principal característica é o repensar e refazer constante, princípio da própria metodologia de trabalho consideramos essencial para implantação de ações educativas:

- compreensão da saúde como um direito - rompendo a lógica do assistencialismo, e a necessidade e da carência;
- provocar mudanças no direcionamento essencialmente curativo da prática médica que permitam a compreensão da saúde-doença enquanto processo, favorecendo a ruptura da visão mecanicista da vida e do corpo;
- valorização do indivíduo e da relação entre profissionais de saúde e clientela no processo de prevenção, reconhecimento, tratamento e cura das doenças;
- compreensão das relações de poder no interior dos serviços de saúde e suas repercussões na qualidade da assistência - papel das diversas categorias profissionais e, particularmente daquelas desempenhadas majoritariamente por mulheres: enfermagem, serviço social, psicologia;
- alargamento dos limites dos campos de conhecimento e atuação das categorias profissionais - redimensionamento do ato médico no interior das instituições de saúde;
- compreensão do processo de discriminação da mulher na sociedade e papel do setor saúde nesse contexto, para mudança ou reforço da situação atual;
- compreensão da reprodução humana como processo determinado socialmente e não apenas como fenômeno biológico/individual relacionado exclusivamente às mulheres;
- sensibilização de todas as categorias profissionais para comprometê-las com a educação em saúde;
- capacitação de equipes para desenvolvimento integrado de ações educativas;
- adequação ou criação de espaços destinados a trabalhos educativos individuais ou em grupo;

05. NOTA:

1 - Os depoimentos citados neste texto foram colhidos em reuniões e oficinas de sensibilização para profissionais do setor público de saúde. Trabalho realizado pela equipe de educação do SOS CORPO. Recife/PE.

06. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- ÁVILA, Betânia e LEOCÁDIO Elcylene - **Tipos e Qualidade dos Serviços de Assistência à Saúde da Mulher na Região Metropolitana do Recife**, Recife/PE, 1988.
- BARATA, Rita de Cássia - *"A Historicidade de Causa"*. s/d. s/l. mimeo
- GERMAIN, Adrienne *et alli* - **Reproductive Tract Infections - Global Impact and Priorities for Women's Reproductive Health**. New York. Plenum. 1992.
- LAURELL, Asa Cristina - *"Os Usos da Epidemiologia"*. s/l. s/d mimeo.
- _____ "A saúde-doença como Processo Social" in NUNES, Everardo Duarte (org) **Medicina Social - Aspectos Históricos e Teóricos**, São Paulo, 1983
- ROMITO, Patrizia e HOVELOQUE, Françoise - *Travail de Femmes et Santé*" in **Nouvelles Questions Feministes** - nº 13, Paris, Printemps, 1986