

## Saúde reprodutiva da mulher – as políticas públicas de saúde influenciando a vida das mulheres

Simone Lolatto\*

**Resumo:** A questão “saúde da mulher” engloba toda sua vida e não pode ser dividida em departamentos e tal concepção, segundo o Programa Integral de Saúde da Mulher - PAISM, considera a mulher como sujeito ativo de sua própria saúde e não como um mero objeto de reprodução. Apesar de inaugurar uma nova mentalidade teórica, o PAISM não garante sua efetivação, uma vez que do discurso para a operacionalização existe uma grande defasagem. Tendo presente essa problemática, o artigo apresenta alguns dos debates mais fervorosos sobre a saúde reprodutiva da mulher, questões como acesso, resolutividade, qualidade e humanização no atendimento às mulheres que procuram, numa unidade de saúde pública, o profissional médico para atendê-las em sua necessidade. Fica, pois, patente a relação do Estado na disponibilização de políticas públicas de saúde que dêem conta dessa demanda.

**Palavras-chaves:** Saúde. Mulher. Reprodução. Carência. Necessidade. Acesso. Resolutividade. Atendimento. Estado. Políticas públicas.

### Women’s reproductive health – the public health policies influencing women’s life

**Abstract:** Women’s health issues represent their whole life and cannot be divided into departments. According to *PAISM* – Programa Integral de Saúde da Mulher (Integral program on women’s health), this view regards women as active subjects, responsible for their own health, and not a mere reproductive being. Although PAISM establishes this new theoretical perspective, it does not guarantee its realization, since there is a gap between discourse and practice. Taking this matter into consideration, this paper presents some of the liveliest debates about women’s reproductive health. Among the issues discussed are access and ability to solve problems, quality and humanization in the treatment of women, who search for a professional doctor in a public health department, in order to receive the necessary assistance. Thus, it is evident that the State is responsible for the availability of public health policies which can account for this demand.

**Keywords:** Health, Women, Reproduction, Privation, Necessity, Access, Problem-solving, Assistance, State, Public policies.

### 1 Introdução

Este artigo<sup>1</sup> apresenta debates em torno da questão da saúde da mulher, contextualizando-a no cenário mais geral da saúde, parte de uma pesquisa empírica

---

\* Assistente Social, especialista em Políticas Públicas e mestranda em Serviço Social pela UFSC

sobre o que a mulher busca e o que encontra – que resultado obtém – com essa busca. Em torno das carências e dos acessos, uma série de (inter)relações se estabelecem, tecendo a realidade das políticas públicas de saúde.

A referida pesquisa de campo foi realizada com a aplicação de um questionário de entrevista às usuárias dos serviços prestados em uma (01) unidade de saúde pública, o Centro de Saúde II – COAHB – Ponte do Imaruim, município de Palhoça. Foram entrevistadas 50 mulheres em idade reprodutiva - para este estudo são consideradas as mulheres da faixa etária de 15 a 49 anos. As entrevistas ocorreram em duas ou três vezes por semana (terças, quartas e sextas-feiras – dias em que o médico obstetra e ginecologista presta atendimento) durante um mês – de 19 de fevereiro a 19 de março de 2003.

O objetivo desse trabalho é realizar estudo bibliográfico e pesquisa de campo sobre a temática da saúde reprodutiva da mulher, identificando, mediante análise da percepção das usuárias, como o desmonte do Estado e das políticas públicas no Brasil, interferiram na assistência à saúde. Para isso, analisou-se, através da percepção das mulheres, em sua vivência reprodutiva, a qualidade, o acesso e a resolutividade dos serviços de saúde prestados, identificando alternativas e possibilidades de implementação de políticas públicas e formas de resistência à política neoliberal na saúde reprodutiva da mulher.

## **2 O Envolvimento da Mulher com a (e sua) Saúde**

As mulheres foram as primeiras “profissionais da saúde”, responsáveis pelos cuidados com a família e detentoras de conhecimentos sobre o funcionamento de seu corpo, do uso de ervas medicinais, do ritual do parto etc. Entre os séculos XV e XVIII, com a Igreja e o Estado patriarcal, foram chamadas de feiticeiras e caçadas, com isso tiram-lhes a liberdade de evoluir nos seus conhecimentos e repassá-los e, ao mesmo tempo, proibiram-lhes as reuniões e/ou conversas entre si, onde trocavam suas experiências, dando mostra de uma possível organização feminina.

No século XIX – o século das revoluções – tem-se grandes movimentações de todas as ordens, se estrutura a teoria socialista e tem início a fase de industrialização no mundo. As mulheres começam a emergir e a se destacar,

---

<sup>1</sup> Texto produzido originalmente como monografia do Curso de Especialização em Políticas Públicas apresentado ao Programa de Pós-Graduação do Centro de Ciências da Educação e do Departamento de Estudos Geohistóricos da UDESC e que agora é publicado em parte, resumidamente, e com algumas modificações.

inicialmente, de maneira individual, entretanto, já na entrada do século XX de forma mais organizada como um “*movimento*”. Uma das discussões que estava, com frequência, presente era a relação da mulher com a saúde nos diversos âmbitos – na família, no trabalho, quanto aos direitos reprodutivos e, mais recentemente, os direitos sexuais.

Nos anos de 1960, com o surgimento dos novos movimentos sociais, constata-se que, naquele momento, havia uma ausência de mulheres na vida pública e novas leituras sobre sua condição política são realizadas. Assim, esse contexto...

[...] permite situá-las entre os agentes e atores políticos. Afinal, a visibilidade que lhes é conferida acena para a possibilidade de modificar o modo como a sua participação na vida social, política, econômica e cultural vinha sendo descrita e interpretada. Os avanços obtidos por esse modo de inscrever as mulheres na esfera pública inauguram, nesse mesmo período, uma nova fase de estudos feministas com a introdução da categoria de gênero como instrumento para analisar as relações entre os sexos. A divulgação desses estudos passa a indicar que os papéis imputados a homens e mulheres nada mais são do que construções sociais e culturais. (PRÁ, 2000, p. 150).

Tendo em vista que a opressão sobre a mulher é histórica, este trabalho incorpora a perspectiva de *gênero*; através dela pode-se discutir o ser mulher e o ser homem como construções sócio-culturais e, ao mesmo tempo, expressa rejeição à idéia do destino, do determinismo biológico da condição feminina e do ‘natural’ papel da mulher nos espaços público e privado.

Durante os anos de 1970 e 1980, o movimento feminista<sup>2</sup> incorpora, cada vez mais, essa compreensão de gênero e avança por vários caminhos, um deles é a área da saúde, onde, a partir de 1977 são realizados os Encontros Internacionais de Mulher e Saúde. O último – o IX Encontro Internacional Mulher e Saúde aconteceu no ano 2000, no Canadá<sup>3</sup>. Tendo suas pautas bastante variadas dentro do tema geral, as conclusões a que chegavam tais Encontros repercutiam em centenas de países por meio da rápida comunicação existente entre os diversos movimentos feministas e a articulação que começou a ter, principalmente, a partir da década de 1980 com as instâncias governamentais e políticas.

Segundo Oliveira (1998, p. 25 - 26), foi no ano de 1984, em Amsterdã, na Holanda, quando da realização do IV Encontro Internacional Mulher e Saúde, que

---

<sup>2</sup> Não é intenção fazer um recorte sobre o movimento feminista e suas diversas tendências – como por exemplo das mulheres trabalhadores e seus interesses ou das mulheres burguesas e suas reivindicações. O artigo ficará limitado ao debate que se relaciona à saúde da mulher.

<sup>3</sup> Para buscar maiores referências de cada um desses Encontros Internacionais Mulher e Saúde, recorrer a Fátima Oliveira em seu livro “Oficinas – Mulher Negra e Saúde, manual” de 1988, p. 23 - 30.

pautou e se discutiu com profundidade a integralidade da saúde da mulher e a questão dos direitos reprodutivos. Em decorrência deste Encontro, no Brasil viu-se uma grande movimentação das feministas – seminários e encontros para debater saúde da mulher foram organizados e, em novembro de 1984, foi realizado o I Encontro Mulher e Saúde, em Itapeçerica da Serra/SP; no ano seguinte, 1985, a 2ª edição deste Encontro realiza-se em Belo Horizonte/MG. Fruto desses debates e da organização das mulheres em torno do movimento feminista e do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, elaborado a partir de 1983, é adotado para implementação pelo governo federal em 1985. Inúmeros eventos são realizados e a organização das feministas ligadas ao tema da saúde da mulher compõe fortemente o movimento geral feminista desta década.

Em 1988, o debate sobre a saúde da mulher busca um espaço na Constituição Federal, tentando incluir o PAISM como um direito junto ao SUS. No entanto, apesar de normalizado pelo Ministério da Saúde, o PAISM não foi colocado como uma diretriz do SUS, fator que faz com que o setor privado conveniado ao SUS não implemente o Programa – a não ser o pré-natal, o parto e cirurgias ginecológicas, ficando muito longe do que é a assistência integral à saúde da mulher.

Apesar de ver sua principal solicitação colocada à margem da Constituição, as feministas da área da saúde, na grande maioria mulheres oriundas do movimento sanitarista da década de 1970, incorporam o grande grupo defensor do Sistema Único de Saúde – SUS e, através de uma campanha muito intensa, conseguem garantir a aprovação na Constituição Federal de 1988 de um dos mais avançados sistemas de saúde do mundo. Entretanto a implementação do SUS revelou-se em novas batalhas nos anos seguintes. Constituindo-se um movimento contra hegemônico, o SUS teve, até então, como principal adversário o próprio governo. Com muitas idas e vindas, aos poucos é garantida a sua implementação por meio das Normas Operacionais Básicas – NOBs 1991, 1992, 1993 e 1996 e a Norma Operacional de Atenção à Saúde – NOAS 2001. Mesmo assim, ainda há dificuldades para sua concretização cotidiana, restringindo-se, praticamente, aos serviços de recuperação da saúde do doente, não atingindo a promoção e a proteção que compõem as suas diretrizes.

Durante a década de 1990, o movimento de mulheres da área da saúde organiza-se, principalmente, em torno da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos – RedeSaúde, fundada em 1991. Essa organização tornou-se a

maior referência nacional nos debates sobre saúde da mulher e alcançou grande respeitabilidade internacional. Tem três eixos norteadores de suas ações:

- a) os direitos reprodutivos como direitos humanos;
- b) a retomada do PAIMS como modelo assistencial necessário para que os serviços implementem a atenção à saúde da mulher; e
- c) o direito a legalização do aborto.

Para a melhoria do nível de vida das mulheres e dos homens é fundamental o acesso aos serviços públicos de saúde, comprovadamente em maior quantidade, são as mulheres que perdem sua vida por falta de acesso aos diagnósticos precoce de doenças e aos possíveis tratamentos. Os serviços de saúde até podem existir, mas não oferecem as ações que as mulheres necessitam. Em muitas ocasiões, isso pode acontecer por falta de um bom diagnóstico das necessidades, mas, outras vezes, pode ser por discriminação e preconceito.

Os serviços eficientes de saúde reprodutiva e sexual exigem, segundo a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Programa de Ação - Cairo (ONU, 1994, p. 14), “a existência de sistema de saúde que funcione bem e ofereça acesso universal aos serviços de atenção primária de qualidade, assim como assegure sistemas de referência para tratamentos de maior complexidade”. Nos documentos desta mesma Conferência encontra-se a compreensão e o conceito de saúde reprodutiva que permeia este trabalho:

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que as pessoas possam ter uma vida sexual segura e satisfatória e que tenham a capacidade de reproduzir a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes devem fazê-lo. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de ter acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos de regulação da fecundidade (...) e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que dêem à mulher condições de atravessar, com segurança, a gestação e o parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio. (ONU, 1994, § 7.2).

As orientações do Programa de Ação (1994, p. 09) para a conceituação de saúde reprodutiva e saúde sexual: ressalta que, apesar de, o *conceito de saúde reprodutiva* ser aplicado a homens e mulheres, o impacto é muito maior sobre as mulheres, “o que implica em priorizar a alocação de recursos de modo a reduzir os riscos de saúde que afetam especificamente as mulheres”. Isso não significa dizer que somente as mulheres devem preocupar-se com políticas de equidade de gênero;

significa muito mais o envolvimento da sociedade civil e governamental para tornar viáveis tais políticas públicas.

Compreende-se que a *saúde sexual* envolve a vida de mulheres e homens desfrutando e expressando sua sexualidade sem riscos de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas ou de mulheres que não queiram ser mães, coerção, violência e discriminação. Conforme a Plataforma de Ação da IV Conferência Internacional sobre a Mulher – Beijing (ONU, 1995, p. 18), possuir saúde sexual significa “experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na auto-estima”, implicando “numa abordagem positiva da sexualidade humana e no respeito mútuo nas relações sexuais”, independentemente se forem heterossexuais ou homossexuais, ou ainda, se forem pessoas com um relacionamento conjugal ou pessoas solteiras desejosas da maternidade. Essa concepção leva em conta a valorização da vida, das “relações pessoais e a expressão da identidade própria da pessoa”. Assim, temos, ainda na Plataforma de Ação:

Os direitos humanos das mulheres incluem seu direito de controle e decisão, de forma livre e responsável sobre questões relacionadas a sexualidade, incluindo-se a saúde sexual e reprodutiva, livre de coerção, discriminação e violência. A igualdade entre mulheres e homens no que diz respeito à relação sexual e reprodução, incluindo-se o respeito à integridade, requer respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades pelos comportamentos sexuais e suas conseqüências. (ONU, 1995, § 96).

Inúmeros são os estudos que demonstram que as mulheres continuam sendo discriminadas nas relações familiares, no trabalho e no acesso aos tratamentos dos serviços públicos de saúde. Tal condição leva a questionar o exercício da democracia, da cidadania do país e das iniciativas que buscam a equidade entre os gêneros.

Para Fátima Oliveira, é necessário que o Ministério da Saúde e da Educação busquem, conjuntamente, contemplar

[...] a inclusão dos temas relativos à saúde e direitos sexuais e reprodutivos no currículo das escolas de saúde, considerando os aportes da teoria feminista, os compromissos assumidos pelo Brasil nos fóruns da ONU na década de 1990, sobretudo Cairo-94 e Pequim-95, e a abordagem de tais temas no leito da bioética; [...] a atenção integral à saúde da mulher como o referencial básico do modelo de assistência à saúde da mulher (preventiva e curativa) ministrado em nossas escolas. Estamos, pois propondo uma mudança de paradigmas na grade curricular: incorporação das diretrizes preconizadas pelo PAISM, como o ponto de partida da busca da equidade em saúde. (OLIVEIRA, 1998, p. 33).

A inclusão de temas como esses nos currículos escolares, claramente passariam por inúmeros debates antes de serem implementados e executados; os

temas mais polêmicos, direitos sexuais e reprodutivos (homossexualidade e aborto, por exemplo) passariam por grandes discussões antes de irem para os bancos das escolas.

Apesar de a Constituição Federal em vigor garantir saúde para todos – e para a mulher trabalhadora – na Seguridade Social, a partir do artigo 194, que compreende um conjunto integrado de ações e iniciativas dos poderes públicos e da sociedade, o que se presencia é outra realidade – muita precariedade, tanto no acesso como na oferta, de serviços públicos de saúde, com qualidade. O acesso universal e integral previsto nos princípios básicos do SUS são secundarizados – segundo Dau (2002, p. 28),

[...] muita verba pública é mantida ao setor privado e/ou filantrópico sem nenhum controle social. E no setor público ocorre nacionalmente a massificação de programas calcados no atendimento domiciliar – sem levar em conta as diversidades e necessidades regionais – dobra-se a quantidade de pessoas atendidas, sem a melhoria da qualidade do atendimento nas unidades de saúde.

Apesar dos avanços já alcançados em relação aos direitos das mulheres, bem como a compreensão que se tem sobre a sua saúde, é longo o caminho a ser percorrido.

### **3 Saúde da Mulher – nesta (e em outras) pesquisa (s)**

Histórica e tradicionalmente as mulheres são os sujeitos que buscam com mais frequência os serviços de saúde (seja para si própria ou para terceiros), no entanto, o que ficou comprovado com a pesquisa, entre outras questões, é que existem inúmeras dificuldades pelo caminho: má distribuição geográfica das instituições, locais de atendimento, reduzidos horários de funcionamento, excessiva burocratização, grande quantidade de atendimentos que, em não sendo adequados, geram desistência, faltam profissionais e medicamentos, além de, muitas vezes, ocorrer a falta de informação à população sobre os serviços que o local oferece à comunidade.

Acerca da realidade sócio-econômica das entrevistadas, nota-se uma nítida presença de mulheres de classes econômicas muito baixas e excluídas em vários sentidos, procurando os serviços públicos de saúde. Como pode-se observar na Figura 1 (abaixo), entre as 50 entrevistadas, 60% estão na faixa etária dos 15 e

25<sup>4</sup> anos e 72% entre 15 e 35 anos; 82% vivem em uniões conjugais estáveis; 90% não completaram o 2º grau e dessas, 60% nem ingressaram no 2º grau. 94% possuem uma renda familiar de até 05 salários mínimos, das quais 54% de até 03 salários mínimos. Além disso, 50% das entrevistadas estão desempregadas ou são donas de casa e outras 32% disseram estar trabalhando informalmente.

Situação Sócio-Econômica		Tendência	
		Nº	%
Idade	15 - 25	30	60
	15 - 35	36	72
Estado civil	Casado / mora junto (relação conjugal “estável”)	41	82
Escolaridade	Até 2º grau incompleto	45	90
	NÃO ingressaram no 2º grau	30	60
Renda familiar	Até 03 salários mínimos	27	54
	Até 05 salários mínimos	47	94
Emprego	Desempregada / Dona de Casa	25	50
	Trabalho informal	16	32

**Figura 1** - Tendência predominante referente à situação sócio-econômica das mulheres entrevistadas, Centro de Saúde II – COAHB – Ponte do Imaruim, Palhoça/SC, 2003.

Fonte: Pesquisa de Campo do Projeto de Pesquisa: Saúde Reprodutiva da Mulher – As Políticas Públicas de Saúde Influenciando a Vida das Mulheres. Palhoça/Sc, 2003.

Essa situação – no mínimo precária – social e econômica, justifica a resposta obtida a uma pergunta feita no decorrer da entrevista: “caso não houvesse esse posto de saúde, como você trataria de sua saúde”?. As respostas permaneceram, em sua maioria, na alternativa de outros serviços públicos de saúde: 74% disseram que iriam procurar outro posto de saúde ou emergência de hospital / pronto socorro; outras 16% afirmaram que deixaram a situação se agravar e então procurariam a emergência hospitalar, como se observa na Tabela a seguir:

**Tabela 1** Alternativas que as entrevistadas buscariam, caso não houvesse essa Unidade de Saúde Pública, Centro de Saúde II – COAHB – Ponte do Imaruim, Palhoça/SC, 2003.

Alternativas	Nº	%
Iria para outro posto de saúde	34	68
Iria procurar um médico particular / emergência de hospital	04	8
Iria para outro posto de saúde ou emergência / pronto socorro	03	6
Deixaria para as últimas e então iria à emergência / pronto socorro hospitalar	08	16
Não faria nada – não me consultaria	01	2

<sup>4</sup> Não será especificada a idade de cada entrevistada no decorrer do artigo, uma vez que, delimitando essa faixa etária busca-se atingir as mulheres em sua idade reprodutiva; entretanto essas idades serão apontadas sempre que se julgar relevante a presença de uma quantidade maior em determinada faixa etária.

Total	50	100
-------	----	-----

Fonte: Pesquisa de Campo do Projeto de Pesquisa: Saúde Reprodutiva da Mulher – As Políticas Públicas de Saúde Influenciando a Vida das Mulheres. Palhoça/Sc, 2003.

A busca pela emergência hospitalar pode se dar pela compreensão de que lá serão atendidas. Tendo percebido isso em uma de suas pesquisas Cohn (2002, p. 80) conclui: o que faz com que “os usuários procurem atendimento urgente” deve-se pelo fator de que “o atendimento de urgência, seja na rede pública ou na rede privada, é instituído no intuito de agilizar a cobertura de assistência à população e obedece a um mesmo sistema: exame, diagnóstico e prescrição para o paciente, e produção em série para o médico”.

Uma análise, mesmo que breve, deste perfil sócio-econômico é salutar. Uma das questões mais importantes relaciona-se à crescente desigualdade entre classes, onde para uma existem serviços de saúde (particulares) muito bons, em lugares climatizados, decorados, com mobiliário e pintura excelentes, onde não há filas de espera, mas sim horário marcado, onde as consultas (mesmo que, muitas vezes, desnecessárias) são longas. Nesses consultórios não há gritos, nem correria, e um sorriso está quase sempre presente nos lábios dos que lá atendem os que possuem condições financeiras de pagar o alto preço da consulta particular (ou hospitalar) e dos planos privados de saúde.

Em contrapartida, para aqueles que, como nesta pesquisa, têm uma renda familiar de até 05 salários mínimos, os serviços de saúde que estão a sua disposição são os postos de saúde – do SUS. O ambiente, infelizmente, não se aproxima dos consultórios ou clínicas particulares. Nas unidades públicas de saúde, em geral, não há ar condicionado, os prédios, quase sempre, com paredes brancas têm alguns cartazes “decorando” e a pintura geralmente é velha; aqui não há horário marcado, mas sim filas desde o início da madrugada para conseguir uma “ficha” – que dará direito a uma consulta (se o médico vier naquele dia); as consultas são bastante rápidas, pois há muitos esperando e poucas horas para atender tantos. O sorriso praticamente não existe – os problemas são muitos, as reclamações irritam os que lá trabalham, pois eles são apenas funcionários tentando fazer funcionar aquele posto e é impossível atender todos os pedidos da demanda. Há gritos, pessoas que falam alto, que correm, pois é necessário agilizar o atendimento de toda aquela gente, de seus problemas - tarefa impossível nas condições estruturais das unidades de saúde.

Esse tratamento desigual decorrente do perfil sócio-econômico e o cotidiano nas unidades de saúde infelizmente não se reduz a esta pesquisa<sup>5</sup>, é comprovadamente o perfil dos usuários dos serviços públicos de saúde de, praticamente, todo o país; verifica-se que “onde a demanda se realiza pela pobreza também a oferta é pobre e poucos seriam os dividendos políticos que poderiam advir de qualquer iniciativa de correção dessa trajetória” (COHN, 2002, p. 77).

Partindo para outra característica, conforme apontou a pesquisa, a maior parte das entrevistadas já passaram pela experiência do parto como se pode ver na Tabela 2 abaixo:

**Tabela 2-** Experiência Reprodutiva das mulheres entrevistadas, segundo passagem pela gravidez, Centro de Saúde II – COAHB – Ponte do Imaruim, Palhoça/SC, 2003.

<b>Experiência reprodutiva</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Já passaram pela primeira gravidez	36	72
Estão na primeira gravidez	13	26
Nunca engravidou	01	02
Total	50	100

Fonte: Pesquisa de Campo do Projeto de Pesquisa: Saúde Reprodutiva da Mulher – As Políticas Públicas de Saúde Influenciando a Vida das Mulheres. Palhoça/SC, 2003.

Observa-se na Figura 2 a seguir, que a primeira gravidez na vida das mulheres acontece quando, ainda, muito jovens, 90% das entrevistadas tiveram a primeira criança entre os 15 e 22 anos e dessas, 58% até os 18 anos. 35% afirmam que não haviam planejado aquela gravidez, fator que contribuiu para que uma série de problemas fossem enfrentados durante a gestação conforme indica a pesquisa (Ver tabela 13 deste capítulo).

<b>Ocorrências</b>	<b>Situação</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
1ª gravidez (idade)	15 - 22	45	90
	Até os 18 anos	29	58
Planejamento	Não haviam planejado a gravidez	35	70
Aborto	Admitiram ter vivido a experiência do aborto	17	34
Pré-natal	Fizeram, ou estão fazendo, o pré-natal	38	76
Parto	Já tiveram parto cesariana (de 36 que têm filhos)	26	61,6

**Figura 2** -Ocorrências mais frequentes na vida reprodutiva das mulheres entrevistadas, Centro de Saúde II – COAHB – Ponte do Imaruim, Palhoça/SC, 2003.

Fonte: Pesquisa de Campo do Projeto de Pesquisa: Saúde Reprodutiva da Mulher – As Políticas Públicas de Saúde Influenciando a Vida das Mulheres. Palhoça/SC, 2003.

Outra questão que chama a atenção na Fig. 2 é a significativa quantidade de mulheres que já viveram a experiência do parto cesariana – parto cirúrgico: das 64% que já tiveram filhos (36 mulheres), 61,6% dessas, (26 mulheres) já tiveram, pelo menos, uma cesariana, essa questão é melhor visualizada na próxima Tabela:

<sup>5</sup> Ver Cohn, Nunes, Jacobi e Karsch – A saúde como direito e como serviço, 2002; ou Vasconcelos –

**Tabela 3** -Número e proporção das mulheres entrevistadas, segundo o tipo de parto, Centro de Saúde II – COAHB – Ponte do Imaruim, Palhoça/SC, 2003.

<b>Parto</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Só parto normal	14	38,9
Só parto cesárea	10	27,8
Partos normal e cesárea	12	33,3
Total	36	100

Fonte: Pesquisa de Campo do Projeto de Pesquisa: Saúde Reprodutiva da Mulher – As Políticas Públicas de Saúde Influenciando a Vida das Mulheres. Palhoça/SC, 2003.

Treze mulheres estavam grávidas pela primeira vez e uma nunca engravidou; desta forma, constata-se que das 36 mulheres que já passaram por, ao menos, um parto, 22 viveram a experiência do parto cesárea, ou seja, 61,6% delas.

Mesmo com todas as campanhas pelo parto normal que foram e estão sendo feitas durante os últimos anos, verifica-se uma tendência muito grande e, ainda, atual dos médicos / hospitais para optarem pelo parto cirúrgico. Esse fator deve-se, principalmente, a duas questões:

- a) status para as mulheres (aquelas que optam por uma cesárea desnecessária);
- b) é um mercado lucrativo.

Um dos aportes teóricos que melhor sintetiza essa problemática da permanência da cesárea (sem indicação) nos dias de hoje é a reflexão de Lyan D. Silver, quando analisa que o uso massivo do parto cesárea – parto cirúrgico...

[...] tornou-se objeto de lucro ou de conveniência para os hospitais e médicos e símbolos de status social pela população feminina, pese a evidência de seus riscos maiores quando utilizado sem indicação obstétrica real. Enquanto um médico jamais pensaria em fazer uma apendicectomia apenas por solicitação (e qualquer conselho de ética condenaria tal prática invasiva e arriscada), no Brasil é considerado normal que a paciente ou o médico escolha um parto cesariana sem nenhuma indicação. (SILVER, 2000, p. 48-49).

E continua fazendo uma análise das várias ordens de defesas do acesso à saúde:

Hoje, na sociedade brasileira, existem defensores de valores muito distintos. Alguns valorizam o acesso universal à saúde, mas não querem nenhuma restrição ao poder da corporação médica ou do complexo médico-industrial de definir o que é bom para a população. Já outros defendem a equidade e o acesso universal à saúde, mas qualificam esse acesso buscando limitar a iatrogênese<sup>6</sup> e procurando formas de atenção que mantenha a integridade e a autonomia das pessoas. [...] Um terceiro grupo descarta de vez os princípios de equidade [...] visando estabelecer um livre mercado de saúde [...]. (SILVER, 2000, p. 55).

---

A prática do Serviço Social, 2002.

<sup>6</sup> “Segundo o Dicionário Aurélio, o termo *iatrogênese* é derivado de *iatrogeni*: capítulo da medicina que pesquisa males provocados pela ação dos médicos e por tratamentos prescritos” (SILVER, 2000, p. 55)

Em relação à questão do aborto, as tabelas abaixo mostram os resultados da pesquisa:

**Tabela 4** -Distribuição das experiências de aborto, segundo a passagem ou não pelo aborto, Centro de Saúde II – COAHB – Ponte do Imaruim, Palhoça/SC, 2003.

<b>Já viveram a experiência de algum aborto</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sim	17	34
Não	33	66
Total	50	100

Fonte: Pesquisa de Campo do Projeto de Pesquisa: Saúde Reprodutiva da Mulher – As Políticas Públicas de Saúde Influenciando a Vida das Mulheres. Palhoça/SC, 2003.

**Tabela 5** -Distribuição das mulheres que já viveram a experiência do aborto, segundo o tipo de aborto, Centro de Saúde II – COAHB – Ponte do Imaruim, Palhoça/SC, 2003.

<b>Aborto provocado ou espontâneo</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Provocado	05	29,4
Espontâneo	12	70,6
Total	17	100

Fonte: Pesquisa de Campo do Projeto de Pesquisa: Saúde Reprodutiva da Mulher – As Políticas Públicas de Saúde Influenciando a Vida das Mulheres. Palhoça/SC, 2003.

Verifica-se que uma quantidade significativa de mulheres admitiu já ter passado pela experiência do aborto: 34% (17 mulheres), dessas 70,6% disseram que foi aborto espontâneo e outras 29,4% admitiram o terem provocado. No universo de 50 pesquisadas, 34% é um percentual bastante alto e revelador ao mesmo tempo. É revelador pelo fato de tantas admitirem esse fato, mesmo com uma realidade legal adversa: a sociedade condena o aborto provocado e discrimina a mulher que não consegue “segurar” a gravidez e sofre o aborto espontâneo. Vê-se nas justificativas daquelas que dizem terem provocado o aborto uma certa resignação pela necessidade de não ter o bebê e, ao mesmo tempo o sofrimento em virtude de ser o aborto clandestino, pois nenhuma se enquadrava nos casos de aborto legal previstos no Código Penal (vigente desde 1940). Além disso, é interessante observar a precocidade da primeira gravidez na maioria das entrevistadas que admitiram já terem vivenciado a experiência do aborto. Veja as falas das próprias entrevistadas:

- *“Tinha 17 anos e engravidei sem querer; fiz aborto com uma agulha de tricô – quase morri”;*
- *“Estava como 1º filho muito pequeno; não queria outro – tomei um monte de chás e tirei”;*
- *“Com 16 anos engravidei, tirei a criança tomando chá de arruda – ninguém queria aquele bebe”;*
- *“Eu era muito novinha, tinha 14 anos – briguei com todo mundo pela gravidez e resolvi tirar e tirei”;*

— *“Tinha 14 anos, não contei pra ninguém, tirei com a ajuda de uma amiga minha na casa dela, fiquei lá uma semana para me recuperar, foi muito sofrido.”*

A questão do aborto para a vida reprodutiva da mulher demanda uma análise profunda, da qual não se tem condições de tratar neste trabalho, no entanto, não se pode deixar de dizer que a situação de criminalização do aborto tem provocado um número muito maior de mortes maternas, mesmo com a presença da grande subnotificação:

Existe uma grande subnotificação dos casos de aborto e morte por essa causa, pois geralmente as mulheres que morrem por terem feito o aborto, morrem por infecções ou hemorragias e, é isso que vai constar nos laudos de óbitos. Não é colocado nos laudos o histórico de saúde de cada mulher – história reprodutiva atualizada, tempo de partos, tipos de partos, evoluções nos puerpérios etc [...]. (GRUPO CURUMIM, 1995, p. 5).

É necessário garantir a assistência adequada à saúde da mulher, principalmente no pré-natal, parto e puerpério, para evitar-se a morte materna. O aborto pode ser considerado um agravante da situação sócio-econômica e, por outro lado, tem-se um Estado que se mostra omissivo e perverso, pois ao mesmo tempo em que criminaliza o aborto, não oferece serviços de saúde integrais que atendam às necessidades básicas da mulher, não possui um serviço eficiente de orientação ou contracepção e nem mesmo de um planejamento familiar que envolva a vivência da sexualidade sem medos, ameaças e riscos. Mesmo quando a mídia e a sociedade em geral estimulam a sexualidade cada vez mais cedo, não se discute de forma educativa e aberta, sem preconceitos o significado da sexualidade na vivência de mulheres e homens (GRUPO CURUMIM, 1995, p. 05- 07). Além disso, como se pode ver através da pesquisa, aquelas que resolvem fazer o aborto utilizam-se de todo e qualquer recurso que tenham acesso, travando um difícil diálogo consigo mesmas, rompendo com conceitos e valores próprios.

A laqueadura também aparece numa escala considerável nesta pesquisa. Das entrevistadas 22,2% fizeram laqueadura durante o parto, dessas 62,5% fizeram a solicitação:

**Tabela 6** - Número e proporção das mulheres entrevistadas segundo opção ou não pela laqueadura durante o parto, Centro de Saúde II – COAHB – Ponte do Imaruim, Palhoça/SC, 2003.

<b>Opção</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sim	08	22,2
Não	28	77,8

Total	36	100
-------	----	-----

Fonte: Pesquisa de Campo do Projeto de Pesquisa: Saúde Reprodutiva da Mulher – As Políticas Públicas de Saúde Influenciando a Vida das Mulheres. Palhoça/SC, 2003.

**Tabela 7** - Número e proporção das mulheres que fizeram laqueadura, segundo quem a solicitou, Centro de Saúde II – COAHB – Ponte do Imaruim, Palhoça/SC, 2003.

Solicitante da laqueadura	Nº	%
Eu fiz a solicitação	05	62,5
O médico ou marido queriam	03	34,5
Total	08	100

Fonte: Pesquisa de Campo do Projeto de Pesquisa: Saúde Reprodutiva da Mulher – As Políticas Públicas de Saúde Influenciando a Vida das Mulheres. Palhoça/SC, 2003.

No Brasil têm sido deflagradas várias campanhas mostrando os riscos que envolvem a questão da laqueadura no intuito de evitá-la, principalmente a partir de 1996. O que se pode observar, paralelo a essa questão é que todas as entrevistadas da unidade de saúde que fizeram a laqueadura já estavam na faixa superior aos 40 anos e, portanto, fizeram-na, muito provavelmente, antes de 1995.

No que se refere à Lei do Planejamento Familiar, observou-se que muito pouco se conhece sobre ela: 64% disseram nunca terem ouvido falar dessa lei e as outras 32% disseram já terem ouvido falar:

**Tabela 8** - Distribuição das mulheres entrevistadas sobre a lei do planejamento familiar, segundo sua existência, Centro de Saúde II – COAHB – Ponte do Imaruim, Palhoça/SC, 2003.

Lei do planejamento familiar	Nº	%
Já ouviram falar, mas não sabem ao certo	18	36
Nunca ouviram sequer falar	32	64
Total	50	100

Fonte: Pesquisa de Campo do Projeto de Pesquisa: Saúde Reprodutiva da Mulher – As Políticas Públicas de Saúde Influenciando a Vida das Mulheres. Palhoça/SC, 2003.

Na verdade, as entrevistadas, demonstraram desconhecer, quase completamente, a formulação e objetivos do Planejamento Familiar, como se vê em suas falas abaixo, onde, inclusive, os comentários foram poucos e repetidos por muitas mulheres:

- “*Ouvi falar mas não sei direito o que é*”; (18 anos)
- “*É aquela que diz como a gente deve fazer a laqueadura*”; (39 anos)
- “*É para saber a quantidade de filhos que devemos ter*”; (27 anos)
- “*Nos ensinam a alimentar bem as criança*”; (22 anos)
- “*Ajuda as mulheres*”; (17 anos)
- “*É para conseguir a bolsa alimentação*”. (25 anos)

O que envolve e compreende o Planejamento Familiar seria de grande utilidade para as usuárias dos serviços públicos de saúde, essencialmente aquelas em

idade reprodutiva, pois justamente elas são o alvo principal deste projeto. Entretanto, muito pouco dele é aplicado, empreendido, compreendido e valorizado pelos prefeitos, secretários de saúde e até mesmo por muitos profissionais da saúde. Sua ineficiência/ineficácia numa estrutura que funciona precariamente, como foi analisado anteriormente neste trabalho sobre o Estado, faz com o Planejamento Familiar fique esquecido, relegado ou muito mal aplicado, permanecendo no obscurantismo para a população e deixando de prevenir ou evitar muita gravidez, tanto aquelas não desejadas por mulheres adultas como as precoces.

Em relação aos motivos que levaram as entrevistadas para aquele posto de saúde, como já se esperava, 64% disseram estar lá em virtude da gravidez, pois a maior parte dessas mulheres estavam grávidas.

**Tabela 9** - Distribuição dos Motivos, segundo os quais as mulheres entrevistadas estão procurando atendimento médico no momento da entrevista, Centro de Saúde II – COAHB – Ponte do Imaruim, Palhoça/SC, 2003.

Motivos	Nº	%
Está grávida e vem fazer consulta (ou trazer exames) de rotina do pré-natal	32	64
Vem trazer exames (diversos)	03	6
Está na menopausa / pensa que a menopausa está começando	05	10
Problemas com o seio – (mamografia / cisto / exames)	03	6
Vem fazer o preventivo	04	8
Outros (infecção vaginal / cisto útero ou ovários / trazer a filha no ginecologista)	03	6
Total	50	100

Fonte: Pesquisa de Campo do Projeto de Pesquisa: Saúde Reprodutiva da Mulher – As Políticas Públicas de Saúde Influenciando a Vida das Mulheres. Palhoça/SC, 2003.

As outras 36%, procuram não entrar em detalhes da sua ida à unidade de saúde; a exceção das que estavam ou pensavam estar na menopausa, deram respostas rápidas e secas como: “*vim fazer o preventivo*”, “*vim trazer exames*”, ou “*estou com problema no seio*”. Na verdade, aparece novamente a questão tratada no começo desta análise, onde as mulheres que não estavam lá por estarem grávidas, aguardavam o ginecologista. Nestes dias, o ambiente era mais tenso enquanto elas o esperavam. Qualquer comentário seu seria sobre sua sexualidade e a pesquisa pôde constatar que para essas mulheres falar sobre sua sexualidade ainda é um “tabu”. De forma geral, a sociedade em que cresceram e vivem lhes diz que “esse assunto” diz respeito somente ao individual, particular, privado da vida. Não deve ser essa “área restrita” tornada pública, uma vez que não deve dizer respeito aos “outros”. Assim, nesta pesquisa viu-se que a sexualidade continua num mundo “fechado” e obscuro, repleto de tabus e preconceitos que, além de fazerem muito mal para o individual, também agravam questões de saúde pública.

A respeito desta questão pode-se ter na reflexão de Roxana Vasquez alguns elementos muito importantes, segundo ela...

O tratamento que, historicamente, a sexualidade e a reprodução vêm recebendo tem sido opressivo para todos os seres humanos, e tem transitado por um caminho de particular barbárie no caso das mulheres, dos meninos e das meninas [...]. O discurso sobre o corpo das mulheres foi sempre uma construção do outro. Recentemente, como os movimentos feministas, é que se pôde entender os discursos disciplinares do corpo e a conseqüente construção da natureza feminina com representações sociais organizadas pelos homens e introjetadas pelas mulheres [...]<sup>7</sup>. A sexualidade e a reprodução [...], têm sido determinadas por numerosas variáveis econômicas, políticas, religiosas e culturais, e por isso o exercício da sexualidade responde como tendência, às formas como se administrou e organizou a legitimidade, 'a normalidade', a legalidade; assim como se excluiu e estigmatizou tudo aquilo que se distanciava ou transgredia o estabelecido pela norma. (VASQUEZ, 2002, p. 04-05).

Com essa reflexão, ressurgem a questão do direito e das leis, tratadas neste estudo anteriormente. No entanto é muito importante retomá-la, rapidamente, para observar o que essa mesma autora pensa sobre as leis vigentes e suas conseqüências, diz ela:

Nosso ordenamento jurídico está carregado de um conjunto de valorações e preconceitos produto das visões conservadoras que tem predominado ao longo da nossa história. Estas representações sociais têm trazido como resultado concepções no exercício da sexualidade que circunscreveram ao casamento heterossexual e ao comando reprodutivo como base da família. [...] Consideramos necessário revisar nossa legislação descarregando-a de orientações morais particulares [...]. Não é democrático impor valorações ou crenças particulares ao conjunto da sociedade. A partir desta perspectiva, a obrigação dos estados é garantir o respeito aos direitos humanos fundamentais, assumindo que não existe democracia real sem o respeito aos direitos das mulheres, incluindo seu direito à autonomia sobre seus corpos. (VASQUEZ, 2002, p. 15-16).

Inúmeros e muito ricos são os elementos que surgem quando questionadas sobre o atendimento recebido na unidade de saúde. São importantes por que, como se verá, trazem uma concepção geral de que o problema não se encontra naquela ou em uma ou outra unidade (posto) de saúde, mas sim em todas... surge a compreensão, por parte das usuárias, de que é um sistema de saúde que age de forma igual em todas as partes e não apenas naquele posto de saúde em específico. Isso é verificado em vários dos comentários, que surgem em momentos distintos da entrevista.

Quando questionadas se estavam satisfeitas com o atendimento obteve-se os seguintes resultados:

---

<sup>7</sup> Mesmo considerando as mulheres como sujeitos históricos e que também constroem e instituem representações, certamente suas participações nessas construções tiveram um papel bastante

**Tabela 10** - Satisfação das mulheres entrevistadas, segundo o atendimento recebido, Centro de Saúde II – COAHB – Ponte do Imaruim, Palhoça/SC, 2003.

<b>Estão satisfeitas</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sim, satisfeitas	28	56
Não, insatisfeitas	22	44
Total	50	100

Fonte: Pesquisa de Campo do Projeto de Pesquisa: Saúde Reprodutiva da Mulher – As Políticas Públicas de Saúde Influenciando a Vida das Mulheres. Palhoça/SC, 2003.

Foi muito mais interessante analisar as respostas da maioria satisfeita do que as das não satisfeitas, o que pode ser observado em algumas de suas justificativas:

- *“O atendimento é bom; São bem atenciosos; Passam segurança para a gente”;*
- *“Sempre fui bem atendida, fazem bastantes perguntas para nós”;*  
*“Eles(as) são bem atenciosos, bem humorados”;*
- *“Fazem o que podem pela gente; Nunca precisei me incomodar”;*
- *“Os que são atendidos ficam satisfeitos, o difícil é conseguir ser atendido: poucas fichas”;*
- *“Não dá para reclamar do atendimento – a gente pode reclamar de outras coisas: falta de medicamentos, poucas fichas....Posto de saúde é assim mesmo, não dá pra reclamar. São atenciosos, gentis, fazem tudo o que podem pela gente – falta remédio, tem poucos médicos e poucas fichas, mas não é culpa deles aqui”;*
- *“Eles se esforçam bastante – falta muita coisa, mas não é culpa deles”;*
- *“Atendem bem, para pegar ficha temos que madrugar, mas é assim em todos os postos”;*  
— *“Posto de saúde é tudo igual – quem vem sabe que é isso e não tem que gostar ou não”;*
- *“Nos tratam bem, não são grosseiros e fazem o que podem”;*
- *“Gosto daqui por que dão mais atenção à gestante, só os exames que são mais difíceis, se faz a consulta aqui, todos os exames deveriam ser aqui também”;*
- *“Não tem que gostar ou não – aqui até é bom, conheço postos de saúde que são muito piores”;*
- *“O médico que faz o pré natal é bem atencioso e faz bastante perguntas;*  
*Já fui em lugares bem piores – aqui ao menos não são grosseiros, tratam bem a gente”.*

Como se percebe, o que prevalece, é um sentimento contraditório pois ao mesmo tempo em que dizem estarem satisfeitas, dizem:

- *“[...] eles (os funcionários) fazem o que podem pela gente”;*
- *“[...] posto de saúde é assim mesmo [...]”;*
- *“[...] tem lugares muito piores do que esse[...]”;* dentre outros

Na verdade, poucas foram as que afirmaram estarem satisfeitas por que o “*atendimento é bom*” e que tenham continuado com coerência para justificar esse bom atendimento. Na contradição dessa satisfação mesclam-se muitos fatores que dizem respeito a questões de acesso, qualidade, resolutividade e humanização dos serviços públicos de saúde. Prevalece para as usuárias, um sentimento de impotência e resignação: “*a gente não pode reclamar, por que daí fazem pior – mas que foi uma tristeza foi*” – resposta de uma entrevistada quando falava da sua experiência durante a gravidez e o pré-natal na unidade de saúde.

Depois da pergunta sobre a sua satisfação com atendimento, perguntas de outras ordens foram feitas, para retomar a problemática mais adiante com a seguinte questão: “Quais as maiores dificuldades para ser atendida no posto de saúde?”. As respostas foram, em sua maioria, contundentes em relação, principalmente, ao acesso, conforme se verifica na Tabela 11 a seguir, onde prevalece a problemática, dentre outras questões da fala individual, a referência “*das poucas fichas*” (44%) ou de “*madruguar em filas*” (26%) para conseguir “*ficha*”:

**Tabela 11** - Maiores dificuldades no atendimento, segundo as percepções das mulheres entrevistadas, Centro de Saúde II – COAHB – Ponte do Imaruim, Palhoça/SC, 2003.

<b>Maiores dificuldades</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Problemática das fichas (poucas fichas geram poucas vagas/dia de atendimento)	22	44
Madruguar em filas	13	26
Poucos médicos, trabalhando poucas horas, para atender muita gente (gerando consultas muito rápidas, sem muitas informações)	10	20
Falta de medicamentos e exames no próprio posto	05	10
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Fonte: Pesquisa de Campo do Projeto de Pesquisa: Saúde Reprodutiva da Mulher – As Políticas Públicas de Saúde Influenciando a Vida das Mulheres. Palhoça/SC, 2003.

Essa questão, na aparência simples, das “fichas”, resulta numa significativa e pertinente discussão: a questão do acesso à saúde ou serviços públicos de saúde. É importante fazer algumas reflexões sobre essa realidade. Inúmeras carências, aparentemente individuais, se tornam, ou podem vir a ser, sociais. Para satisfazer uma carência, o indivíduo estabelece relações que vão desde o senti-la, buscar os meios e satisfazê-la. A necessidade surge como uma carência específica do sujeito, de modo que se evidenciam relações de diferentes conteúdos, entre eles e a necessidade de saúde. A satisfação dessa carência implica em meios para sua satisfação através de produtos e trabalhos de outros indivíduos:

A necessidade de saúde é uma carência complexa que ultrapassa os aspectos meramente de desequilíbrio biológico do corpo. Como consequência, essa necessidade, como qualquer outra, embora não sendo uma categoria econômica, acaba assumindo certos aspectos como tais.

Em si, a saúde não se revela como uma mercadoria, que pode ‘dar e vender’, mas como um atributo do indivíduo. (CHECHIM, 2000, p. 166)

As carências se manifestam como desejos das mais diversas ordens, e quando consumidos, anulam a necessidade. Entretanto, segundo Chechim, (2000, p. 167), “esses desejos, também são submetidos às diversidades ideológicas, próprias das classes sociais às quais os sujeitos pertencem”. Classe social, nesse estudo, não compreende uma categoria funcional ou um estrato da sociedade, significa “a posição em relação à posse dos meios de produção. Essa abordagem teórica pode facilitar uma explicação para a distribuição estrutural das necessidades numa hierarquia que, funcionalmente, não se mostra tão nitidamente dividida” (CHECHIM, 2000, p. 167). Dessa forma, as condições concretas de vida das pessoas de cada classe social possuem uma estreita relação com suas condições de saúde.

Há, ainda, entre as relações de classes sociais o direito do cidadão que, apesar de compreender a noção de “todos”, as desigualdades de acesso anulam a igualdade de direito. O Estado tem o dever de garantir a saúde aos cidadãos, conforme preceituam os artigos 197 e 199, § 1º, da Constituição Federal, na regulamentação, fiscalização e controle de um Sistema Único de Saúde (o SUS) constituído por uma rede regionalizada, hierarquizada e organizada, por ações e serviços públicos em parceria – complementar – com as instituições privadas. No entanto, como já foi visto, frente a situação de desgaste do “público” e enriquecimento do “privado”, as dificuldades da saúde pública são cada vez mais evidentes.

Ocorre, ao mesmo tempo, a descontinuidade, fragilidade e fragmentação das ações e, além disso, também existe o “[...] circuito das carências: onde a demanda se realiza pela pobreza, também a oferta é pobre e poucos seriam os dividendos políticos que poderiam advir de qualquer iniciativa de correção dessa trajetória” (COHN, 2002, p. 77). Assim, a diretriz da equidade, em um de seus princípios (o atendimento desigual aos desiguais), previsto, no SUS, assume um caráter oposto:

Neste país cabe às populações socialmente condenadas elaborar a sua capacidade de utilização da rede, precária e eternamente insuficiente, para ter acesso à assistência à doença, reiterando a sua condição de desigualdade para ajustar modos próprios de acessibilidade a serviços de difícil acesso, para a sua maneira conquistar o ‘direito à saúde’. (COHN, 2002, p. 94).

Quando estimuladas a dar sugestões, na questão “O que poderia ser melhorado?” verificamos que, basicamente, as respostas continuaram na tendência “ das maiores dificuldades para ser atendida”, pois prevaleceu, dentre outras questões da fala individual, a resposta: “deveria ter mais fichas” (48%) ou então “deveria ter mais

médicos, que atendessem mais tempo” (32%) como pode-se observar na Tabela 12 a seguir:

**Tabela 12** - Distribuição dos apontamentos sobre o que poderia ser melhorado nos postos de saúde, segundo as percepções das mulheres entrevistadas, Centro de Saúde II – COAHB – Ponte do Imaruim, Palhoça/SC.

<b>O que poderia ser melhorado</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Deveria ter mais fichas (mais atendimentos, mais consultas)	24	48
Deveria ter mais médicos, que atendessem mais tempo (consultas mais longas)	16	32
Deveria ter marcação de consultas (não precisaria madrugar, dormir em filas)	06	12
Todos os exames deveriam ser feitos no posto de saúde	04	08
Total	50	100

Fonte: Pesquisa de Campo do Projeto de Pesquisa: Saúde Reprodutiva da Mulher – As Políticas Públicas de Saúde Influenciando a Vida das Mulheres. Palhoça/SC, 2003.

Depois de apontar o que poderia ser melhorado, geralmente, surgiam comentários que contribuíram para verificar as percepções sobre a situação estrutural da saúde pública:

- Não tem nada para melhorar;
- deveria ter mais fichas;
- se tivesse mais fichas, mais gente seria atendida, mas para ter mais fichas os médicos teriam que trabalhar mais tempo no posto de saúde;
- os exames deveriam ser feitos todos aqui – ou ter mais exames que esse posto fizesse;
- deveria ter médico atendendo o dia inteiro, daí teriam mais fichas e as pessoas não precisariam dormir na fila para conseguir uma consulta;
- se os médicos ganhassem mais (R\$) atenderiam mais tempo e teria mais fichas e as consultas não seriam tão rápidas, eles poderiam dar mais atenção para cada pessoa;
- poderiam marcar / agendar as consultas – como num consultório, se marca e vai lá no dia;
- o SUS deveria cobrir todos os exames, não poderia faltar remédios ou medicamentos;
- se tivesse médicos em todos os dias da semana não teria tanta fila e ninguém precisaria madrugar;
- deveria ter mais fichas e mais médicos atendendo mais tempo;
- os médicos poderiam atender mais horas no posto de saúde e as consultas poderiam ser melhores;
- poderia ter mais profissionais capacitados e todos os tipos de médicos deveriam estar atendendo o dia inteiro e não apenas 01, 02 ou 03 horas por semana;
- teriam que atender, nas consultas, com mais calma, com mais atenção para cada um;
- deveriam dar mais informações – a gente é que tem que perguntar tudo se quiser saber das coisas;
- teria que dar um jeito nessas filas – as pessoas vem varias vezes de madrugada para conseguir uma consulta, isso é uma falta de respeito – teria que ter mais fichas;
- deveria ser uma consulta normal como num consultório – os médicos deveriam atender mais tempo em cada consulta e deveriam atender durante o dia todo e não só algumas horas, por que tem pouca ficha por isso – eles vem e atendem 02 horas por semana.

**Figura 3** - Comentários das mulheres entrevistadas, que surgiram na pergunta “o que poderia ser melhorado nos postos de saúde”, Centro de Saúde II – COAHB – Ponte do Imaruim, Palhoça/SC, 2003.

Fonte: Pesquisa de Campo do Projeto de Pesquisa: Saúde Reprodutiva da Mulher – As Políticas Públicas de Saúde Influenciando a Vida das Mulheres. Palhoça/SC, 2003.

Outra vez o acesso está comprometido juntamente com a resolutividade, pois quando ocorre a junção de poucos médicos<sup>8</sup>, atendendo pouco tempo – o “pouco tempo” refere-se aqui a poucas horas de trabalho durante a semana, o obstetra, por exemplo, presta atendimento duas vezes por semana, das 07:00 às 09:00 horas aproximadamente, atendendo cerca de quatro horas por semana a demanda de gestantes; o ginecologista atende uma vez por semana, no mesmo horário, cerca de duas horas semanais a demanda de mulheres que necessitam deste serviço. Ao mesmo tempo em que, em diversos momentos surgem as “queixas” de que tem “poucos médicos” ou de que “os médicos atendem pouco tempo” ou que “as consultas são de 5 minutos”, surgem as reflexões “é que eles ganham muito mal”, ou “ganham pouco, daí tem que trabalhar em muitos lugares”, ou ainda “se os médicos ganhassem mais atenderiam mais tempo e teria mais fichas e as consultas não seriam tão rápidas, eles poderiam dar mais atenção para cada pessoa”. Verifica-se um grau de conscientização elevado da população com essas referências. No Quadro abaixo se visualiza essa questão com maior clareza:

Atendimento	Percepção	Nº	%
Satisfação com o atendimento	Não estão satisfeitas com o atendimento recebido	22	44
Maiores dificuldades no atendimento no posto de saúde	Problemática das fichas (poucas fichas geram poucas vagas/dia de atendimento) / ter que madrugar em filas para conseguir uma “ficha” ou ser atendida	33	66
Como poderia melhorar	Deveria ter mais fichas (mais atendimentos, mais consultas) / Deveria ter mais médicos, que atendessem mais tempo (consultas mais longas).	40	80

**Figura 4** - Percepção das mulheres entrevistadas, quanto ao acesso, qualidade, resolutividade, humanização no atendimento às mulheres, usuárias do SUS, em idade reprodutiva, Centro de Saúde II – COAHB – Ponte do Imaruim, Palhoça/SC, 2003.

Fonte: Pesquisa de Campo do Projeto de Pesquisa: Saúde Reprodutiva da Mulher – As Políticas Públicas de Saúde Influenciando a Vida das Mulheres. Palhoça/SC, 2003.

Quando se pergunta sobre a “satisfação do atendimento” está presente o fator *qualidade*; quando se pergunta acerca das “maiores dificuldades no atendimento no posto de saúde” está presente a problemática do *acesso*; e, ao se perguntar “como poderia melhorar”, surgem as questões pertinentes à humanização e a resolutividade. Com essas constatações pode-se estabelecer a seguinte reflexão: claramente elas não gostam de serem mal atendidas e, não justificam que o mau atendimento (ou o rápido atendimento) depreendido pelo profissional deve-se somente por ele não ter um bom pagamento, entretanto essa problemática existe e, de fato, elas já sabem que há uma carga muito pesada para os profissionais da saúde que se dispõem a trabalhar nos serviços

<sup>8</sup> Na pesquisa, o obstetra/ginecologista que atendia a demanda em questão era um homem – por esse motivo utiliza-se a linguagem no masculino (o médico, o obstetra, o ginecologista), isso não significa,

públicos de saúde. A realidade é que esses trabalhadores também são mal pagos e trabalham em situações precárias, com salas de atendimento e equipamentos, na maioria das vezes, sucitados e ultrapassados, principalmente nos postos de saúde.

Segundo Cohn (2002, p. 136), em uma de suas pesquisas num bairro da cidade de São Paulo, “[...] a falta de equipamento de saúde, bem como a precariedade de funcionamento dos existentes, é apontada como o principal problema do bairro” para uma faixa dos pesquisados. Em relação ao pagamento dos profissionais de saúde, os baixos salários e sua defasagem devem-se, exclusivamente, aos processos estruturais de Estado mínimo; faz parte dos cortes nos gastos públicos e depreende-se uma campanha escamoteada de desvalorização desses profissionais e seus serviços.

Ao mesmo tempo em que lutam pela própria sobrevivência, pois querem viver dignamente, acabam por “não viverem” mais: trabalham em vários lugares, geralmente, num sistema de plantões em hospitais e, saem do seu plantão e vão trabalhar no posto de saúde atendendo os que lá passaram a noite numa fila. Certamente, o atendimento não será o mesmo que daria se tivesse dormido, tranqüilamente, a noite toda. Aquele profissional que passou sua noite acordado, no plantão de um hospital encontra na porta de sua sala na unidade de saúde, logo cedo, uma fila de 15, 20 pessoas que o aguardam ansiosos, querem ver seus problemas, suas dores, suas dúvidas resolvidas. Ele (o médico) tem apenas duas ou três horas para atender toda aquela gente, pois o consultório, ou outro hospital / posto de saúde, aguarda sua chegada. Essa tem sido a rotina dos médicos que trabalham nos postos de saúde e, essa foi a realidade encontrada no caso desta pesquisa. Como a discussão sobre o papel do Estado, suas atitudes de redução, não responsabilização, cortes para os gastos sociais, investimentos no mercado, principalmente o financeiro, contribuíram para fazer com que todos os setores da saúde fossem atingidos, inclusive aquele que diz respeito ao pagamento de seus funcionários.

Em outro momento da pesquisa, (conforme a Tabela 13 abaixo), ao serem questionadas, as mulheres entrevistadas apontaram os maiores problemas enfrentados durante a gestação e o pré-natal nas unidades de saúde públicas (fala-se em unidades de saúde e não especificamente da pesquisada pelo fato de que, mesmo não constando no questionário de entrevista, percebeu-se que a grande maioria das mulheres entrevistadas havia feito os outros pré-natais em outra unidade de saúde, mais próximos dos locais de suas moradias anteriores):

**Tabela 13** -Maiores problemas enfrentados durante a gestação, referidos pelas mulheres entrevistadas, Centro de Saúde II – COAHB – Ponte do Imaruim, Palhoça/SC, 2003.

<b>Problemas</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Não foi planejada, me pegou desprevenida	34	68
Não estava preparada para ter filhos	25	50
Incompreensão da família e/ou do marido	16	32
Dificuldade para acompanhamento do crescimento da criança no útero	13	26
Falta de locais mais próximos para atendimentos uma vez por mês para ver se estava tudo indo bem (acesso)	06	12
Ter que acordar muito cedo para conseguir consultas em postos de saúde	18	36
Ter sido muito mal atendida quando procurei atendimento de saúde e prevenção durante toda a gravidez	16	32
Não tinham profissionais capacitados nos postos de saúde que procurei para orientar	18	36
Tive que fazer consultas particulares para ficar tranqüila	09	18
Foi tudo muito tranqüilo, sempre que precisei procurei um posto de saúde e fui muito bem atendida.	13	26
Outros, quais? (houve menções sobre: falta de informações, fazer exames fora, mau humor, acesso às fichas)	05	10

Fonte: Pesquisa de Campo do Projeto de Pesquisa: Saúde Reprodutiva da Mulher – As Políticas Públicas de Saúde Influenciando a Vida das Mulheres. Palhoça/SC, 2003.

Nesta questão, as entrevistadas, poderiam apontar mais de um problema que tiveram durante sua gestação. Evidencia-se que as maiores dificuldades enfrentadas por elas foram: “*não foi planejada, me pegou desprevenida*” (68% fizeram menção a essa dificuldade), ou “*não estava preparada para ter filhos*” (50% mencionaram também essa dificuldade além de outras), ou “*incompreensão da família e/ou do marido*” (foram 32% de apontaram mais essa questão). Com todas essas dificuldades do âmbito “privado” de sua vida, somam-se aquelas relacionadas às públicas durante a gestação: “*dificuldade para acompanhamento do crescimento da criança no útero*”: 26%; “*ter que acordar muito cedo para conseguir consultas em postos de saúde*”: 36%; “*ter sido muito mal atendida quando procurei atendimento de saúde e prevenção durante a gravidez*”: 32%; “*não tinham profissionais capacitados nos postos de saúde que procurei para orientar*”: 36%; ou ainda: “*tive que fazer consultas particulares para ficar tranqüila*”: 18%. É interessante verificar a maior frequência de referências às questões relativas a falta de exames nos locais (acesso), consultas muito rápidas (qualidade) e mau atendimento (humanização).

Ao serem questionadas sobre “Quem deve garantir o acesso aos serviços de saúde”, (conforme Tabela 14), respondem taxativamente: “*o governo*” ou os órgãos públicos: postos de saúde, hospitais, prefeitura – 70% das respostas, o que demonstra uma noção bastante clara de que o Estado deve garantir o acesso à saúde da população em geral. Evidencia-se (Figura 5) que essa concepção está associada a outros conceitos sobre acesso e direitos.

**Tabela 14** - Distribuição de quem deve garantir o acesso aos serviços de saúde, segundo as percepções das mulheres entrevistadas, Centro de Saúde II – COAHB – Ponte do Imaruim, Palhoça/SC, 2003.

<b>Quem deve garantir o acesso</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
o governo / governantes / prefeitura / prefeito	29	58
eu, cada um tem que se cuidar / a gente mesmo	11	22
os postos de saúde / governo / hospitais	06	12
não sabe	04	08
as autoridades competentes	01	02
Total	50	100

Fonte: Pesquisa de Campo do Projeto de Pesquisa: Saúde Reprodutiva da Mulher – As Políticas Públicas de Saúde Influenciando a Vida das Mulheres. Palhoça/SC, 2003.

<b>Conceitos/Direitos</b>	<b>Percepção</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
O que é ter saúde	É tudo / estar bem / é o mais importante ou então: É se alimentar bem, se cuidar e estar bem em todos os sentidos – ter uma boa vida.	42	84
Quem deve garantir o acesso	O governo / governantes / prefeitura / prefeito / postos de saúde	35	70
O que acha da frase “saúde é um direito de todos”	É isso mesmo / concordo / legal / é o certo;	21	92
	Deveria ser assim, mas não é bem assim – é mais difícil / nem todos tem esse direito de verdade/ a realidade tem que se lutar muito para ter saúde / para o pobre não é bem assim [...]	25	

**Figura 5** - Percepção das mulheres entrevistadas sobre os conceitos e compreensão sobre “direitos” à saúde, Centro de Saúde II – COAHB – Ponte do Imaruim, Palhoça/SC, 2003

Fonte: Pesquisa de Campo do Projeto de Pesquisa: Saúde Reprodutiva da Mulher – As Políticas Públicas de Saúde Influenciando a Vida das Mulheres. Palhoça/SC, 2003.

Esse significativo percentual que respondeu que compete ao poder governamental – de responsabilidade do Estado – garantir o acesso aos serviços de saúde, demonstra uma grande compreensão e incorporação de direitos, tal qual foi a resposta para a seguinte questão: “O que você acha da frase – saúde é um direito de todos”. Como se pode verificar na Figura 5, 92% concorda com a frase, mas muitas ao mesmo tempo em que concordam questionam e tecem críticas, pois encontram muitas dificuldades em seu cotidiano para exercitar de fato este direito. Argumentam, repetidas vezes, que “*para o pobre não é bem assim*” ou que “*nem todos têm esse direito de verdade*” ou que para isso “*o SUS e os postos de saúde deveriam ser melhores, não poderiam faltar médicos ou medicamentos*”.

#### **4 Reflexões finais**

Tendo presente o referencial bibliográfico e com a leitura desta pesquisa ficam evidenciadas as relações das políticas públicas do Estado, dos serviços públicos

de saúde, o acesso, a qualidade, a resolutividade, a humanização do atendimento com a vida das mulheres e sua saúde.

Segundo Qadeer, (2000, p. 37- 38), a problemática da saúde reprodutiva no Terceiro Mundo “[...] tem suas raízes na opressão da mulher, gerada pela estrutura exploradora e patriarcal da família enquanto unidade do sistema capitalista”. Salienta, entretanto que esse argumento não deve ser único e suficiente para abordar essa questão em todas as partes do mundo. Mas sim, que deve ser levado em consideração no conjunto das relações sociais, econômicas, políticas, de desenvolvimento do país, pois essa realidade interfere nas lutas, leituras, produções e atividades das mulheres nas diversas partes do mundo e as forçam a escolher entre a adversidade e o risco em suas lutas contínuas para minimizar as tensões e exigências da vida. Segundo seu raciocínio, ao se ter essa leitura universalista sobre a política de saúde reprodutiva, não são levadas em considerações “[...] os impedimentos de classe, de casta e de gênero e a problemática em torno da situação educativa, ocupacional, de autorização e de saúde das mulheres. Os limites de sua luta são previsíveis”. (QADEER, 2000, p. 40). Levar em conta a perspectiva de gênero nesse debate é fundamental, tendo em vista as construções sócio-culturais e econômicas em que são vivenciadas as lutas pela construção de políticas públicas de qualidade que levem em consideração a equidade entre os gêneros.

## **Referências**

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher*. Brasília, 1987.

\_\_\_\_\_. *Norma Operacional Básica 01/91*. NOB/SUS 01/91. Brasília, 1991.

\_\_\_\_\_. *Norma Operacional Básica 01/92*. NOB/SUS 01/92. Brasília, 1992.

\_\_\_\_\_. *Norma Operacional Básica 01/93*. NOB/SUS 01/93. Brasília, 1993.

\_\_\_\_\_. *Norma Operacional Básica 01/96*. NOB/SUS 01/96. Brasília, 1996.

CECHIM, Petronila Libana. Saúde: um bem inalienável da cidadã e um direito enquanto necessidade social. In: STREY, Marlene Neves; MATTOS, Flora; FENSTERSEIFER, Gilda; e WERBA, Graziela. *Construções e perspectivas em gênero*. São Leopoldo: Ed. Unisinos, 2000.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo M. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. 4. ed.. São Paulo: Cortez, CEDEC, 2001.

- COHN, Amélia et al. *A Saúde como Direito e como Serviço*. São Paulo: Cortez, 2002.
- CURUMIM, Grupo. Campanha Contra a Morbi/Mortalidade Materna. *Aborto – você já conversou sobre isso?* Recife: Publicação do Grupo Curumin, 1995.
- DAU, Denise Motta. De olhos abertos. *Jornal da rede feminista de saúde - Jornal Redesaúde*, São Paulo, N. 25, p. 27- 28, 2002.
- OLIVEIRA, Fátima. *Oficinas – mulher negra e saúde, manual*. Belo Horizonte: Mazza, 1998.
- ONU. *Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento*. Cairo: Organização das Nações Unidas, 1994.
- ONU. *Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento*. Cairo - 1994. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- \_\_\_\_\_. *IV Conferência Mundial sobre a Mulher*. Beijing, China - 1995. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- PRÁ, Jussara Reis. Gênero e feminismo: uma leitura política. In: STREY, Marlene Neves; MATTOS, Flora; FENSTERSEIFER, Gilda; e WERBA, Graziela. *Construções e perspectivas em gênero*. São Leopoldo: Ed. Unisinos, 2000.
- QADEER, Imrana. Saúde Reprodutiva: uma perspectiva de saúde pública. IN: FARIA, Nalu; SILVEIRA, Maria Lucia (Org.). *Mulheres, Corpo e Saúde*. São Paulo: SOF, 2000.
- SERVERINO, Antonio Joaquim. *Metodologia do Trabalho Científico*. 22. ed.. São Paulo: Cortez, 2002
- SILVER, Lyn D. Tecnologias Reprodutivas. IN: FARIA, Nalu; SILVEIRA, Maria Lucia (Org.). *Mulheres, Corpo e Saúde*. São Paulo: SOF, 2000.
- VASQUEZ, Roxana. *Manifesto – campanha por uma convenção dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos*. São Paulo: CLADEM-Brasil, 2002.

Endereço:

Rua Profª. Aurea Cruz, 372 apto 303 Bl 02 Capoeiras  
88070-160 Florianópolis/SC

Recebido em: 10/2003  
Aprovado em: 05/2004