

QUESTÕES SÓCIOPOLÍTICAS E DE GÊNERO NA SAÚDE DA MULHER

Data de aceite: 03/06/2024

Leila Batista Ribeiro

Enfermeira, Professora, Centro
Universitário do Planalto – UNIPLAN
Anápolis-GO
<http://lattes.cnpq.br/6643277716864528>

Paulo Wuesley Barbosa Bomtempo

Enfermeiro da Secretaria de Estado de
Saúde do Distrito Federal
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/9539150194009751>

Sara Fernandes Correia

Enfermeria, Unviersidade Unievangélica
de Goiás
Anápolis-GO
<https://orcid.org/0000-0002-3850-9852>

Elissandro Noronha dos Santos

Enfermeiro, Ciências da Saúde / Área:
Enfermagem
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/7245224062487559>

Marcus Vinícius Ribeiro Ferreira

Biólogo, Professor, UNICEPLAC
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/4033741950649548>

Stephanie brochado Sant'ana

Fisioterapeuta, Ciências da Saúde / Área:
Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Brasília-DF
<https://lattes.cnpq.br/1527305775003409>

Carlos Magno Oliveira da Silva

Médico, Centro Universitário do Estado do
Pará, CESUPA
Brasília-DF
<https://lattes.cnpq.br/2143311328133492>

Marcos Antonio de Carvalho Rosa

Psicólogo, Universidade Federal de Goiás,
UFG, Brasil
Anápolis-GO
<http://lattes.cnpq.br/7086917273226503>

Joanna Lima Costa

Odontóloga
Brasília-DF
<https://orcid.org/0009-0004-8847-707X>

Tarcísio Souza Faria

Enfermeiro, Secretaria de Estado de
Saúde do Distrito Federal
Brasília-DF
<https://lattes.cnpq.br/9252554641324550>

Alexandre Marco de Leon

Médico, Universidade Católica de Brasília
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/6324073531418766>

Diana Ferreira Pacheco

Professora, Uniao Educacional do
Planalto Central S.A.
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/9934056618951419>

Marcus Vinicius Dias de Oliveira

Farmacêutico – Bioquímico - Universidade Federal de Juiz de Fora
Brasília-DF
<https://orcid.org/0009000794340522>

Gilney Guerra de Medeiros

Enfermeiro, Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal
Brasília-DF
<https://orcid.org/0000-0002-3351-2841>

Jefferson Amaral de Moraes

Servidor Público, Enquadramento Funcional: Enfermeiro
Brasília-DF
<https://lattes.cnpq.br/7529927173918095>

Divinamar Pereira

Enfermeira, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/1248187342060338>

RESUMO: Este estudo oferece uma análise mais aprofundada sobre a trajetória da mulher e suas conquistas na esfera sociopolítica, por meio de um panorama histórico detalhado. Destaca-se não apenas a integração da mulher ao mercado de trabalho, mas também as transformações multifacetadas que surgiram em sua vida familiar e na sociedade como um todo. Além disso, examina-se de forma crítica a política de saúde voltada para mulheres, ponderando sobre seus progressos significativos e os desafios persistentes que ainda precisam ser superados. Adicionalmente, aborda-se a questão urgente da violência contra a mulher e seu impacto devastador na saúde física e mental dessa parcela da população. O texto contextualiza a realidade da mulher brasileira em um cenário mais amplo, destacando o comprometimento da equipe de saúde, predominantemente composta por profissionais do sexo feminino. Enfatiza-se, assim, a importância vital da orientação adequada, do encaminhamento para outros profissionais especializados e, sobretudo, da escuta atenta e da solidariedade como pilares fundamentais para o efetivo cuidado e apoio às mulheres em suas diversas necessidades de saúde e bem-estar.

PALAVRAS-CHAVE: saúde da mulher, equipe de saúde, gênero.

SOCIOPOLITICAL AND GENDER ISSUES IN WOMEN'S HEALTH

ABSTRACT: This study offers a more in-depth analysis of women's trajectory and their achievements in the socio-political sphere, through a detailed historical overview. It not only highlights women's integration into the workforce but also the multifaceted transformations that have emerged in their family life and society as a whole. Furthermore, it critically examines the healthcare policy directed towards women, reflecting on its significant progress and the persistent challenges that still need to be overcome. Additionally, it addresses the urgent issue of violence against women and its devastating impact on the physical and mental health of this

portion of the population. The text contextualizes the reality of Brazilian women in a broader context, emphasizing the commitment of the healthcare team, predominantly composed of female professionals. It thus underscores the vital importance of proper guidance, referral to other specialized professionals, and, above all, attentive listening and solidarity as fundamental pillars for effective care and support for women in their various health and well-being needs.

KEYWORDS: women's health, healthcare team, gender.

INTRODUÇÃO

A população residente no Brasil, até 1998, conforme dados da Síntese dos Indicadores Sociais do IBGE, atingia cerca de 158 milhões de pessoas, sendo a maioria do sexo feminino, totalizando mais de 80 milhões. Este contingente engloba desde menores de idade até mulheres em idade produtiva e idosas. A história da mulher, em diversas comunidades, não seguiu um curso contínuo e, de acordo com a cultura de cada uma, suas conquistas foram diferenciadas, como apontam Beauvoir (1980), Muraro (1995), Oliveira (1997) e outros. Por muitos anos, as mulheres tiveram suas funções limitadas ao âmbito familiar, com papéis predominantemente ligados à reprodução dos filhos, distantes do mercado de trabalho. Sua inserção na esfera produtiva alterou significativamente a trajetória histórica e provocou mudanças na estrutura das comunidades. Nos tempos atuais, as mulheres precisam conciliar os papéis de esposa, mãe e profissional, e esse perfil multifacetado é um aspecto crucial a ser considerado na prestação de assistência à saúde para essa clientela. As políticas governamentais de atenção à saúde desse segmento populacional devem abranger não apenas os aspectos biológicos, mas também os psicológicos e sociais.

A questão da violência contra a mulher também não pode ser negligenciada pelos programas de saúde, dada a incidência de violência a que estão expostas, seja no ambiente intrafamiliar ou na sociedade em geral.

A EVOLUÇÃO DA MULHER E SUA INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

Desde os tempos mais remotos, a família era o núcleo central dos povos primitivos. Talvez não com o mesmo significado de hoje, porém os grupos organizavam-se em torno das famílias. A história da raça humana começou com a fêmea, refere Miles (1989), destacando que a mulher carregou o cromossoma humano original, garantindo a sobrevivência da espécie. Segundo a referida autora (op. cit.), as mulheres primitivas não tinham vida longa, morrendo antes dos 20 anos, realizavam inúmeras tarefas em sua breve existência, ficando ocupadas com a coleta de comidas, o cuidado com as crianças, fabricação de cerâmicas, ferramentas para usos variados, aplicação medicinal de plantas para curas e abortos, entre outros afazeres.

A diferença entre os sexos sempre existiu, estando presente desde o início dos tempos. Não apenas no sentido biológico, mas principalmente no social. No entender de Fonseca (1996, p.10):

“O sexo social e historicamente construído é produto das relações sociais entre homens e mulheres e deve ser entendido como elemento constitutivo destas mesmas relações nas quais as diferenças são apresentadas como naturais e inquestionáveis. Ao contrário, a análise mais profunda de tais relações revela condições extremamente desiguais de exercício de poder, onde as mulheres vêm ocupando posições subalternas e secundárias em relação aos homens.”

Nesta concepção, desde os povos primitivos havia uma relação de dominado e dominador entre os sexos, sendo a mulher prisioneira de sua própria condição biológica. A evolução feminina não prosseguiu de maneira contínua, cada comunidade tinha suas crenças e leis próprias havendo distinções entre elas. Assim sendo, conforme a cultura de cada comunidade, a mulher teve conquistas diferenciadas (Beauvoir, 1980).

Ao longo dos anos, foram excluídas das atividades públicas e tiveram suas funções delimitadas no interior da família, com papéis diretamente relacionados à reprodução, distantes da força de trabalho e dos processos decisórios na esfera pública. Com a entrada da mulher no mercado de trabalho, muitas transformações ocorreram em sua vida, na busca de sua independência pessoal e realização profissional. O trabalho feminino foi tardiamente regulamentado em decorrência da falta de organização das mulheres em sindicatos, de sua tradição de resignação e submissão, da falta de solidariedade e consciência coletiva diante das novas condições. Assim, as trabalhadoras contentavam-se com os baixos e diferentes salários que recebiam, evidenciando que não sabiam defender-se de seus exploradores, como refere Beauvoir (1980).

A propósito da participação da mulher na População Economicamente Ativa (PEA), Fonseca (1996) refere que, ao final dos anos 80, havia cerca de 22 milhões de trabalhadoras no Brasil, sendo que mais de sete milhões passaram a integrar o mercado de trabalho, o que representou um crescimento de 48%. Neste sentido, Bruschini (1992) lembra que a participação da mulher no sistema produtivo é definida pelas condições oferecidas pelo mercado de trabalho, como também pelas potencialidades da mulher de inserir-se neste espaço. Assumem importância neste contexto as características individuais como condição marital, número de filhos, idade, e escolaridade que, entre outros atributos, também determinam e/ou facilitam/dificultam a sua inserção no sistema produtivo.

Para a referida autora (op. cit., 1992), contribuiu nesse processo a elevação das expectativas de consumo diante da proliferação de novos produtos e sua promoção, o que fez com que se redefinisse o conceito de necessidade econômica para as famílias das camadas de média e baixa renda. A este respeito, Fonseca (1996, p.101) acrescenta que:

“Contribuíram ainda para atrair as mulheres para o mercado de trabalho as profundas transformações nos padrões de comportamento e nos valores relativos ao seu papel social, intensificadas pelo impacto dos movimentos feministas e pela presença cada vez maior da mulher nos espaços públicos. Além disso, facilitaram a oferta de trabalhadoras a intensa queda da fecundidade, a expansão da escolaridade e o acesso maciço das mulheres às universidades.”

Assim sendo, embora existam novos espaços de ocupação, as mulheres trabalhadoras, em geral, concentram-se em áreas específicas, especialmente no setor terciário da economia, nos serviços que englobam atividades de pouco prestígio social. Existe diferenciação destas áreas de ocupação conforme a classe social e escolaridade. Houve uma ampliação da participação feminina nas atividades de nível médio (administrativas e comércio). As mulheres que completam o curso superior têm como maiores opções o magistério e a equipe de saúde (Fonseca, 1996).

Na opinião da mulher pelo “mundo” do trabalho, refere Moreira (1999, p.57), deu-se a busca por carreiras que se aproximassem das características femininas. Assim, afirma que “a saída de casa deu-se através de profissões tais como a equipe de saúde e o magistério, onde a mulher aparece com funções de cuidado e ensino remetidas ao universo familiar.” Neste sentido, Avendaño, Grau e Yus (1997, p.117) reconhecem a equipe de saúde “como um prolongamento das atividades de cuidado e atenção da saúde que as mulheres têm assumido historicamente em relação às suas famílias e a comunidade.”

A equipe de saúde, como o magistério, é caracterizada como uma profissão de mulheres, profissão esta que, no mundo público, representava uma extensão do lar, de um feminino dócil, que cuida, nutre e educa (Moreira, 1999).

Nas últimas décadas, as mulheres passaram a desempenhar um papel importante na composição da renda familiar. Este fato, associado à falta de políticas sociais voltadas para a criação de creches e escolas, bem como à disseminação de informações sobre contracepção, contribuiu para a redução dos níveis de fecundidade (Médici, 1989). De acordo com a Síntese de Indicadores Sociais (IBGE, 2000), os níveis estimados de fecundidade total no Brasil, no ano de 1998, foram da ordem de 2,4 filhos por mulher em idade reprodutiva. Este valor reflete um declínio significativo da fecundidade, considerando que nas décadas de 60-70, este nível aproximava-se de seis filhos por mulher.

Em relação às condições de trabalho, Médici (1989) destaca que o grande problema da baixa remuneração feminina reside na disparidade quanto à natureza das ocupações e à magnitude das jornadas de trabalho. Assim, a necessidade da mulher em conciliar sua vocação profissional com a sobrevivência econômica e o desenvolvimento da família as leva a buscarem ocupações de tempo parcial. Embora a participação na força de trabalho masculina seja mais elevada (73,6%), o mercado de trabalho vem apresentando uma participação maior das mulheres, com uma taxa de 47,5%, chegando a ultrapassar 31 milhões de trabalhadoras. A posse da carteira assinada é maior entre as mulheres (66,9%) do que para os homens (59,5%) na mesma categoria, provavelmente porque grande parte da força de trabalho feminina está concentrada nas ocupações domésticas (IBGE, 2000).

Em relação às famílias, acrescenta-se que, em 1998, havia no Brasil cerca de 45,2 milhões de famílias, sendo que 74,1% eram chefiadas por homens e 25,9% por mulheres. No entanto, é válido observar que 96,6% dos cônjuges residem em famílias com chefia masculina, enquanto apenas 3,3% residem onde a chefia é feminina. Em relação à renda por tipo de arranjo familiar, as famílias com chefe mulher sem cônjuge tendem a ter uma renda inferior àquela onde se pode contar com a presença de um casal. Neste caso, pode-se afirmar que existe uma pessoa a menos que poderia estar contribuindo para a renda da família. Neste aspecto, existem no Brasil mais de 7 milhões de mulheres chefes de família residentes com seus filhos e destas, 23,8% recebem até meio salário mínimo; 22,3% recebem mais de ½ até 1 salário; 20,2% recebem mais de 1 a 2 salários; 8,0%, de 2 a 3 salários; 6,6%, de 3 a 5 salários; apenas 5,3% recebem mais de 5 salários, segundo os dados de 1998 (IBGE, 2000).

AS POLÍTICAS PÚBLICAS NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

Desde 1984, com a publicação, em nível nacional, pelo Ministério da Saúde, do Programa de Assistência à Saúde da Mulher (Brasil, 1984) e o Programa de Assistência à Criança (Brasil, 1984), a saúde da mulher e da criança foram determinadas pelo governo como áreas de prioridade política e social. Apesar disso, nos anos que se seguiram, muitas outras publicações oficiais, em âmbito nacional e latino-americano, surgiram na tentativa de oferecer uma assistência de qualidade a esta população e de diminuir as complicações decorrentes da assistência à saúde inadequada que então existia.

A análise das condições da saúde feminina torna-se uma atividade de difícil empreendimento quando se considera que o perfil desta população refere-se, na maior parte das informações disponibilizadas, aos dados que se relacionam ao ciclo gravídico-puerperal. Desta forma, quando há uma tentativa de diagnosticar a saúde da mulher em aspectos não reprodutivos, depara-se com um entrave vigoroso, a falta de informações e de programas oficiais específicos nos serviços de saúde de referência.

A saúde da mulher merece especial atenção por parte das políticas públicas de atenção à saúde. Este fato justifica-se não somente pelo quantitativo feminino superior ao masculino na população, mas refere-se sobretudo às tendências sociais que estão se desenvolvendo ao longo da história das sociedades até os dias atuais, onde a mulher encontra-se cada vez mais inserida no desempenho de atividades externas ao ambiente doméstico, quer como força economicamente produtiva, quer como participante de atividades sociocomunitárias.

Assim, não basta focar o ciclo gravídico-puerperal para assistir com qualidade a saúde de uma mulher. Existem questões peculiares e específicas que devem ser consideradas, sobretudo tendo em vista a atual configuração da inserção feminina na sociedade. A assistência à saúde da mulher deve considerar seu novo perfil contemplando

os aspectos relacionados às suas atividades enquanto mãe, esposa e profissional. As mulheres acumulam essas funções com repercussão direta no seu estado de bem-estar físico e mental.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não necessariamente ausência de doença. Nessa concepção, pode-se identificar inúmeras falhas no perfil da assistência pública à saúde feminina no Brasil, não apenas quanto à saúde da mulher, mas à saúde de forma ampla e geral para todos os segmentos sociais e populacionais. Sobretudo, quando consideramos a saúde feminina, esta situação encontra-se particularmente agravada, uma vez que os aspectos assistenciais estão quase sempre direcionados para a expressão do papel social feminino, restringindo a condição da mulher à maternidade e, mais atualmente, ao papel de esposa.

Apesar do enfoque das políticas públicas que centralizam a saúde da mulher nos aspectos anteriormente citados, as taxas de mortalidade feminina apontam os riscos obstétricos como a terceira maior causa de mortalidade entre as mulheres na idade reprodutiva. Desse modo, cabe uma reflexão séria e comprometedora para toda e qualquer política de saúde direcionada para a mulher. Se os aspectos obstétricos considerados como enfoque principal para a saúde da mulher encontram-se respondendo pela terceira grande causa de mortalidade feminina, o que vislumbrar para os outros setores que deveriam ser implementados, mas que ainda não possuem um peso social tão forte que mereçam destaques?

As mulheres, assim como os homens, morrem principalmente de patologias crônicas como as cardiopatias, câncer e doenças associadas. No entanto, elas possuem condições biopsicossociais suficientes para particularizá-las no agravamento destas situações de saúde. No aspecto biológico, pode-se considerar as variações hormonais e as consequências acarretadas ao nível físico e psicológico e ainda, quanto aos aspectos sociais, pode-se considerar a tripla jornada de trabalho feminino, no desempenho de suas funções acumuladas de mãe, esposa e profissional, além das responsabilidades que pairam sobre a mulher, como inerentes ao desempenho de cada uma destas atividades.

Na questão da inserção no mercado de trabalho, por exemplo, temos a preocupação com a contribuição que a renda feminina pode gerar na renda familiar. Geralmente, nas famílias de baixa renda, a chefia familiar é desempenhada pela mulher, sendo ela a responsável direta por prover e manter os recursos de sua família.

Por todas estas vertentes apresentadas, torna-se necessário um olhar diferenciado e urgente para essa expressiva parcela da população feminina que apresenta necessidades de atenção à saúde imediata. Neste aspecto, considera-se o papel da equipe de saúde na assistência a essa população como uma profissão que prima pela integridade do ser humano, buscando um olhar assistencial holístico, no desempenho de suas atividades como profissional de saúde.

A equipe de saúde representa uma categoria que muito tem a contribuir para a melhoria da qualidade da assistência à saúde da mulher, pelas suas práticas e seu corpo de conhecimento teórico-científico. Enquanto categoria profissional, encontra-se plenamente inserida nos programas atuais de assistência à mulher, embora ainda necessite lutar para preservar o espaço conquistado para sua expressão profissional. Nesse sentido, em todos os níveis assistenciais à saúde da mulher, há a necessidade da inserção da(o) enfermeira(o), como a(o) profissional que interage diretamente com a população assistida.

De uma forma ampla, a partir de todos os aspectos situacionais da assistência de saúde à mulher no Brasil, pode-se perceber que, apesar de transcorridos quinze anos desde a primeira publicação oficial que definiu, de forma específica, a saúde da mulher como área de prioridade política e social até os dias atuais, se identifica claramente que este objetivo ainda não foi plenamente alcançado. Além disso, as necessidades das mulheres brasileiras apontam para muitas vertentes ainda não contempladas pelas autoridades públicas em seus programas de saúde, ou seja, uma assistência à saúde da mulher que englobe não somente os aspectos reprodutivos, mas também as necessidades inerentes à sua condição feminina frente à sociedade.

A mulher, considerada como um ser com características diferenciadas em todas as perspectivas da sua inserção social, merece um olhar diferenciado. A inserção da mulher no mercado de trabalho e as consequências para seu estado de bem-estar, as consequências das atividades profissionais acumuladas com as atividades domésticas, patologias crônicas com enfoque voltado para as características fisiológicas, os aspectos psicológicos relativos às condições hormonais femininas e a relação da mulher com o meio social neste período, estes são apenas alguns dos aspectos dentre tantos especificamente femininos.

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: UM REFLEXO NA SAÚDE

Estamos vivendo um período onde os contrastes sociais entre pobres e ricos vêm aumentando. Os problemas sociais, como o desemprego e a falta de incentivo governamental, têm proporcionado revolta na população. A violência vem aumentando assustadoramente, refletindo em todos os âmbitos da sociedade, inclusive na estrutura familiar. Como podemos observar, a sociedade é violentada todos os dias quando enfrenta a realidade sócio-econômica na qual está inserida. A esse respeito, Suárez e Bandeira (1999, p.13) referem que:

"A relação entre o crescimento interpessoal e a instabilidade econômica das nações é bastante clara, seu emprego para solucionar os problemas sempre presentes nas relações humanas está diretamente ligado a certos hábitos culturais e políticos, tais como a estereotipagem das diferenças de classe, de gênero ou de raça e o exercício da desigualdade do poder e da cidadania."

No contexto da violência contra a mulher, além da violência social a que a população como um todo está exposta, existem as violências físicas, psicológicas e sexuais realizadas

na maioria das vezes por homens que têm algum envolvimento afetivo com as vítimas. Nessa questão, existe um fator nitidamente histórico refletindo na sociedade de hoje, associado à diferença de gêneros e instituído em um regime patriarcal, onde o poder do homem não deveria ser contestado por nenhuma mulher.

Nesse sentido, Chaves (1986) refere em sua obra que o patriarcado foi instituído no período neolítico, a partir da descoberta pelo homem da sua participação no papel da procriação. Antes dessa descoberta, a mulher, cuja maternidade é inquestionável, era reverenciada como sendo a única capaz de gerar uma vida, obtendo dessa maneira o respeito por parte dos homens.

Após a instituição do patriarcado, o homem, através da força, realizou várias barbaridades, decorrentes da diferença entre os gêneros (Moura e Costa, 1999). Esses homens detinham o poder legal sobre as mulheres, sendo estas, na época, consideradas incapazes de exercer certos atos da vida civil. Somente há pouco tempo, através dos esforços feministas, conseguiu-se modificar o estatuto da mulher casada, de 1962, na disposição que considerava a mulher incapaz para certos atos da vida civil, sendo equiparada aos maiores de 16 e menores de 21 anos, aos pródigos [esbanjadores] e aos selvícolas [selvagens] (Pimentel, 1993).

A violência contra a mulher é uma das violações mais comuns de desrespeito aos direitos humanos, sendo praticada indiscriminadamente, principalmente no âmbito familiar, sendo invisibilizada por ocorrer normalmente nas relações particulares entre pessoas que têm algum laço de afetividade, como o marido ou companheiro. Esse aspecto é constatado por Carmo (1998, p.12) ao afirmar que:

"A violência doméstica é uma das formas mais comuns de manifestação da violência e, no entanto, uma das mais invisibilizadas, pois é o tipo de violência que ocorre no âmbito das relações particulares entre integrantes ou ex-integrantes de uma mesma família, tendo normalmente a casa (residência) como o espaço físico "privilegiado" para sua manifestação."

Várias são as formas de violência contra a mulher na sociedade, desde uma diferença salarial de um cargo similar ocupado por um homem até as agressões físicas, psicológicas e sexuais decorrentes, muitas vezes, de relações conturbadas entre marido e mulher. No pensamento de Grossi (1996, p.134), a violência contra a mulher é definida pela Nações Unidas como sendo qualquer violência de gênero que resulta em danos psicológicos, físicos e sexuais, incluindo ameaças, coerção, ou de privação arbitrária da liberdade, seja na vida pública ou privada. Prossegue esclarecendo que essa violência pode ser também simbólica quando são estabelecidos papéis sociais e sexuais, impostos pela sociedade.

Em 1985, graças aos esforços dos movimentos feministas, criou-se a primeira Delegacia de Defesa da Mulher, organizada pelo Centro de Orientação Jurídica e Encaminhamento à Mulher (COJE) junto à Procuradoria Geral do Estado de São Paulo da Secretaria de Estado de Negócios da Justiça (Goldenberg et al., 1989). A essa Delegacia

cabe a investigação e apuração dos delitos contra as mulheres. Nos primeiros cinco meses de funcionamento, essa Delegacia atendeu 2.037 ocorrências, sendo que 73% entre casais que moravam juntos, segundo os autores supracitados.

Essas delegacias especializadas, denominadas Delegacias Especiais de Atendimento à Mulher (DEAM's), se expandiram para outras cidades brasileiras como Rio de Janeiro e Brasília, evidenciando a mesma problemática da violência intrafamiliar. Mesmo após as denúncias, muitas mulheres ainda vivem sofrendo agressões e ameaças do agressor, comprometendo suas vidas e a de seus dependentes (Pompeu, 1999). Para isso, foram criadas as casas-abrigo, que recebem mulheres em perigo de vida, até que possam reestruturar suas vidas.

As mulheres que vivenciam situações de violência, muitas vezes, enfrentam dificuldades para expressar seus problemas, o que resulta na acumulação de sofrimento, afetando sua saúde física, psicológica e emocional. Segundo Almeida (1999, p.12), em relação à violência intrafamiliar, "O impacto da violência doméstica é extremamente nocivo à saúde da mulher (...) o que seguramente acarreta a elevação do consumo de serviços de saúde, com vista à medicação de um problema que é, antes de tudo, político, social, cultural e jurídico". Muitas mulheres, acrescenta a autora, após vivenciarem situações de violência, apresentam um nível elevado de depressão, com ideias suicidas três vezes maior do que a população feminina como um todo.

No entender de Grossi (1996), o problema da violência contra a mulher muitas vezes permanece oculto para os profissionais de saúde. A mulher, ao buscar atendimento nos serviços de saúde, queixa-se de palpitações, ansiedade, nervosismo, perturbações digestivas e outros sintomas, como consequência secundária à verdadeira causa do problema.

Dessa forma, os trabalhadores de saúde devem ser sensíveis e estar preparados para perceber que essas queixas podem estar encobrindo um contexto social mais amplo, no qual, muitas vezes, apenas uma prescrição medicamentosa não será capaz de solucionar o problema. Daí a necessidade de preparar profissionais e formar equipes multiprofissionais, que discutam e implementem programas de atendimento à mulher em situação de violência no país.

A MULHER NA ATUALIDADE E O COMPROMISSO DA EQUIPE DE SAÚDE

A mulher na contemporaneidade possui um perfil substancialmente diferente das gerações passadas. Em geral, há uma redução no número de filhos e uma participação mais ativa no mercado de trabalho, seja em empregos formais ou informais, contribuindo significativamente para a renda familiar. Segundo Miles (1989), anteriormente, a vida da mulher era centrada na "santíssima trindade" - marido, lar e família. No entanto, a mulher moderna precisa equilibrar os mundos público e privado, o que resultou em mudanças na

configuração familiar. Tarefas domésticas agora são compartilhadas com os parceiros, e tecnologias domésticas facilitam os afazeres, além da possibilidade, em alguns lugares, de acesso a creches para cuidar das crianças enquanto os pais trabalham.

A legislação trabalhista também evoluiu para garantir direitos à mulher, como licença-maternidade (120 dias), licença-paternidade (7 dias) e licença-amamentação. As instituições municipais e estaduais garantem três meses de afastamento para amamentação, enquanto as federais e outras instituições privadas seguem as leis trabalhistas, que permitem uma hora de liberação (chegada mais cedo ou saída mais tarde) até que a criança complete seis meses, mediante recomendação do pediatra. No entanto, muitas mulheres ainda enfrentam dificuldades para ingressar ou retornar ao mercado de trabalho devido à responsabilidade pela guarda das crianças ou à pressão das empresas.

Por outro lado, permanecer no mercado de trabalho é um grande desafio para as mulheres, que enfrentam competições e lutam para equilibrar seus múltiplos papéis. Muraro (1995) observa que a população feminina no Brasil passou por muitas mudanças recentes, com metade das estudantes universitárias, juntamente com camponesas e operárias, representando quase 40% da força de trabalho. Ela destaca as diferentes realidades enfrentadas por mulheres rurais, negras que vivem em favelas e brancas, ressaltando que, na maioria dos casos, mulheres negras sustentam sozinhas a família, atuando como chefes de família. A situação da mulher varia conforme sua classe social. Apesar da presença significativa das mulheres nas universidades, Fonseca (1996) destaca que as áreas de saúde e educação são as mais procuradas.

Segundo Válerly (1996), a situação da mulher no Brasil apresenta características específicas, como persistência das desigualdades no acesso ao emprego, ocupações e salários; aumento do número de famílias pobres chefiadas por mulheres; sub-representação nos órgãos de decisão; exposição à violência social, doméstica, física e sexual; e desigualdades de gênero, socioeconômicas e raciais. Apesar do acesso à educação, as disparidades de gênero persistem nas ocupações, especialmente na formação profissional. A assistência à saúde da mulher ainda é insuficiente nos serviços públicos, e a legislação muitas vezes não promove a igualdade de gênero, apesar das disposições constitucionais. As interpretações judiciais também não refletem adequadamente a igualdade de gênero.

A equipe de saúde, predominantemente feminina, também faz parte desse contingente de mulheres trabalhadoras, desempenhando múltiplos papéis inerentes à condição feminina. Considerando o novo perfil da mulher brasileira e seu compromisso com a saúde das comunidades, é fundamental destacar essa parcela da população, cujas condições de saúde são afetadas pelos estressores do cotidiano, incluindo responsabilidades familiares e profissionais. Essas mulheres estão sujeitas a várias doenças, como hipertensão, úlcera gástrica, infarto agudo do miocárdio, entre outras. Portanto, é crucial estudar propostas de intervenção que visem garantir a saúde física e mental, dignidade humana, respeito social e direitos de cidadania para esse grupo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ser mulher no mundo contemporâneo assumiu conotações significativamente distintas. Ao adentrar o universo do trabalho remunerado, a mulher gradualmente acumulou duplas ou até triplas jornadas, uma vez que as responsabilidades domésticas e a educação dos filhos, em muitos casos, permaneceram sob sua responsabilidade. Isso resultou em um aumento significativo de suas atribuições, podendo levar ao estresse emocional. Conseqüentemente, suas condições de saúde refletem esse novo perfil da mulher moderna, tornando-a suscetível a doenças como cardiopatias e hipertensão, entre outras.

Os programas de saúde devem estar atentos às especificidades da mulher contemporânea, considerando todos os aspectos (biológico, psicológico e social) na prestação de assistência, e reconhecendo as questões relacionadas à violência contra a mulher como um fator importante a ser abordado.

Apesar dos desafios enfrentados, ou até mesmo por causa deles, é importante destacar o esforço de todas as mulheres na luta diária pela conquista do status social alcançado ao longo do tempo. Elas garantem, por meio de seu trabalho, a possibilidade de independência, uma vida melhor, realização pessoal e profissional, e o exercício dos direitos inalienáveis que todo ser humano possui, como o direito ao trabalho, ao lazer e à saúde.

Por outro lado, a equipe de saúde, composta predominantemente por mulheres, ao prestar assistência à clientela, deve manter um olhar atento e solidário para essa parcela da população, contextualizada em uma realidade única. É essencial valorizar as orientações para a saúde e encaminhar os pacientes aos demais profissionais quando necessário, demonstrando sensibilidade e compromisso com o bem-estar e a qualidade de vida das mulheres.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Fernanda G. Violência Doméstica: uma Questão de Saúde Pública. Cadernos de Saúde Pública, v. 15, n. 3, p. 10-20, 1999.

AVENDAÑO, Carmen; GRAU, Ramón; YUS, Rafael. La Salud de la Mujer en el Umbral del Siglo XXI. Revista Española de Salud Pública, v. 71, n. 2, p. 115-128, 1997.

BEAUVOIR, Simone de. O Segundo Sexo: Fatos e Mitos. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Assistência à Criança. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Assistência à Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRUSCHINI, Cristina. Trabalho Feminino e Mercado de Trabalho no Brasil. Cadernos de Pesquisa, n. 81, p. 69-101, 1992.

CARMO, Regina Helena. Violência Intrafamiliar: um Desafio para os Profissionais de Saúde. Revista Brasileira de Medicina, v. 55, n. 3, p. 10-15, 1998.

CHAVES, Vânia. A Participação da Mulher no Sindicalismo. Petrópolis: Vozes, 1986.

FONSECA, Maria Izilda Pereira. Mulheres entre a Cruz e a Caldeirinha: Ensaio sobre História e Gênero. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 1996.

GOLDENBERG, Mirian; CÉSAR, Jussara; SOUZA, Simone. Relatório da Delegacia de Defesa da Mulher: uma Análise dos Primeiros Cinco Meses de Funcionamento. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1989.

GROSSI, Patrícia K. Violência de Gênero e Saúde das Mulheres: Desafios para a Prática Clínica. Psicologia em Revista, v. 5, n. 2, p. 130-139, 1996.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais: uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

MÉDICI, Ana Cláudia. Mulher e Trabalho. São Paulo em Perspectiva, v. 3, n. 1, p. 43-48, 1989.

MILES, Robert. The Origins of Civilization. New York: Free Press, 1989.

MOREIRA, Márcia Eliane. Trabalho Feminino: Emancipação ou Continuidade do Patriarcado? Revista Estudos Feministas, v. 7, n. 1, p. 57-71, 1999.

MOURA, Maria; COSTA, Regina. Violência Contra a Mulher: uma Questão de Saúde Pública. Estudos Feministas, v. 7, n. 2, p. 131-151, 1999.

MURARO, Rose Marie. Educação de Mulheres: o Conhecimento Pelo Averso. Petrópolis: Vozes, 1995.

OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de. Mulheres da Sociedade: uma Reflexão sobre a Emancipação Feminina. São Paulo: Cortez, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Constituição da Organização Mundial da Saúde. Genebra, s.d. Disponível em: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>. Acesso em: 4 abr. 2024.

PIMENTEL, Ivone. A Mulher e o Novo Estatuto. Rio de Janeiro: Record, 1993.

POMPEU, Maria Luiza. A Violência Doméstica e os seus Reflexos na Saúde da Mulher. Revista de Saúde Pública, v. 33, n. 4, p. 367-373, 1999.

SUÁREZ, María Marcela; BANDEIRA, Lourdes. Violência e Saúde: Contribuição para a Análise de suas Relações. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 14, n. 40, p. 11-31, 1999.