

SAÚDE DA MULHER: ANÁLISE HISTÓRICA, POLÍTICAS PÚBLICAS E LACUNAS AINDA EXISTENTES¹

WOMEN'S HEALTH: HISTORICAL ANALYSIS, PUBLIC POLICIES AND GAPS THAT STILL EXIST

Ana Luiza Limeira SILVA²

RESUMO

Neste respectivo artigo busca-se analisar como referência o campo da saúde feminina proposto desde as conquistas pertinentes, que tiveram relevância partir do surgimento de programas específicos. Objetiva-se problematizar os consideráveis efeitos nos cuidados com a saúde da mulher. Foi utilizado doutrinas, pesquisas via internet, monografias, artigos e dados, com intenção de dar mais veracidade a problemática. Tutelar sobre o que cada cidadão possui de direito, é necessário partindo da premissa auxiliar do âmbito judiciário, norteado de princípios, em evidência o da igualdade e equidade. Foi firmado a garantia de acesso à saúde a todos os indivíduos sendo necessário abranger todos os níveis possíveis, indo de serviços de atendimento até distribuição de informações. Com fundamento nas análises registradas é notório a indispensabilidade de interseção das políticas públicas nas questões de vulnerabilidade. Interfere-se com a monografia as lacunas dos pontos governamentais em garantir a igualdade juntamente com a concordância social ainda presa em amarras sociais impostas desde os períodos patriarcais, os quais não são cabíveis no presente século.

Palavras-chave: Saúde; mulher; conquistas; desigualdade; lacunas.

ABSTRACT

In this respective work, we seek to analyze as a reference the field of women's health proposed since the pertinent conquests, which had relevance from the emergence of specific programs. It aims to problematize the considerable effects on women's health care. We used doctrines, internet research, monographs, articles, and data, with the intention of giving more veracity to the problem. It is necessary to protect what each citizen has the right to, starting from the auxiliary premise of the judiciary, guided

1 O presente artigo sintetiza a monografia de conclusão da pesquisa, realizada para o Programa Interno de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC 2021-2022) da Faculdade de Direito de Franca (FDF), Franca/SP.

2 Discente da Faculdade de Direito de Franca (FDF), Franca -SP. Bolsista do Programa Interno de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC 2021-2022).

by principles, in evidence of equality and equity. The guarantee of access to health care for all individuals has been established, and it is necessary to cover all possible levels, from care services to information distribution. Based on the registered analyses, it is evident the indispensability of the intersection of public policies on issues of vulnerability. This monograph interferes with the gaps in the governmental points to guarantee equality along with the social agreement still stuck in social ties imposed since the patriarchal periods, which do not fit in the present century.

Keywords: Health; women; conquests; inequality; gaps.

1 INTRODUÇÃO

O seguinte artigo a ser apresentado, tem a função de informar e discorrer sobre o direito à saúde, que por uma certa ausência, desinformação e má administração, referente a parcela feminina social, a efetividade ainda não é considerável.

Assim sendo para tutelar sobre o que cada cidadão possui de direito, é necessário o auxílio do âmbito jurídico, que por sua vez é norteado por princípios.

De início a saúde da mulher era vista como necessária apenas durante a gravidez e o período de amamentação, mas deve ser entendido que ela necessita de cuidados durante todas as fases da vida, uma vez que a saúde é um direito previsto constitucionalmente.

Discorrer sobre o direito à saúde, é de extrema validade, uma vez que este é garantido pela própria Constituição ao apresentar que é direito de todos, imputando dever ao Estado, de garantir mediante as devidas políticas sociais e econômicas para que vise à redução do risco de doença e de outros agravos.

Os ideais da saúde feminina precisam ser soltos das amarras socialmente impostas as quais garantem caráter preventivo, possível diagnóstico e tratamento; é preciso que seja consagrado valores morais e culturais.

A partir de uma certa alienação, desinformação, preconceito e até mesmo a falta de escolaridade, o gênero feminino não possui sua devida representatividade.

Desde a Declaração de Direitos Humanos é possível notar que saúde não é um ponto pouco relevante, ao afirmar que "todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar si e à sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os de serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle".

No artigo 196 da Constituição Federal³ é assegurado que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”.

É notório, portanto, que incumbe ao poder público formular e implementar tais políticas sociais e econômicas que possam integrar os cidadãos com acesso universal e igualitário à assistência médico hospitalar.

Com base nisso e nos princípios norteadores, saúde e a perspectiva de gênero não podem e não devem ser distanciadas ou tratadas com insignificância, mesmo que o patriarcalismo estrutural diga o contrário.

2 EVOLUÇÃO DOS DIREITOS DA SAÚDE FEMININA

Desde os primeiros indícios, marcados principalmente a partir dos processos de globalização, a sociedade sofre com a desigualdade, tanto de tratamento como de direitos, em relação ao gênero.

O machismo, que hoje pode ser tratado como estrutural, afronta diversos âmbitos os quais afetam a parcela feminina envolvida; dentre esses pontos, é possível agrupar a saúde. Antes de meados do ano de 1988 tinha acesso a saúde quem realizava contribuição para a Previdência Social.

A saúde era extremamente centralizada, sem a participação dos devidos usuários, a parcela em geral da população recebia apenas um serviço de assistência médico-hospitalar; quem não tinha as devidas condições, dependia da caridade e filantropia.

Mediante toda a construção dos direitos, é possível destacar a criação de programas e demais mecanismos que foram responsáveis por garantir o início da conquista pela igualdade dentro deste âmbito, podendo citar Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), mais adiante o Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar – Mulher

3 BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

(Pronaf Mulher), Política Nacional de Atenção à saúde indígena (PNASI), dentre outros.

As políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, se limitavam às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30 a 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social como mãe e doméstica.

Embora se tenha mantido como objetivo a atenção integral à saúde da mulher, esse tal ideal de prioridade dificultou a atuação sobre outras áreas estratégicas do ponto de vista da agenda ampla de saúde.

Essa perspectiva apesar de garantir um avanço no sentido da integralidade causou uma ruptura com as ações verticalizadas do passado, uma vez que os problemas não foram tratados de forma isolada.

São apontadas ainda várias lacunas como atenção ao climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental; violência sexual, doenças infectocontagiosas e a inclusão de mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias.

3 APONTAMENTOS SOBRE ANTICONCEPÇÃO

Desde a apresentação da projeção evolutiva das garantias femininas na saúde foi evidenciado que existem lacunas e pontos os quais não foram agrupados nos programas sociais desenvolvidos no Brasil.

A questão da anticoncepção, juntamente com a desinformação, caminha para a precariedade do sistema de assistência, que é o ponto chave do capítulo.

O Brasil possui um processo histórico sobre o acesso à contracepção bastante peculiar. Por conta da não efetividade das políticas públicas de planejamento familiar no início da projeção, a qual obteve início na década de 60, ocorreu um aumento da demanda por meios de regular a fecundidade das mulheres.

Claramente aquelas mais pobres, por não poderem comprar os métodos ofertados, ficaram expostas a situações de extrema precariedade incluindo gravidez não planejada, o aborto inseguro e a esterilização ligada ao parto por cesariana. Tudo isso gerou fortes desigualdades no acesso e ao tipo de método adotado pelas mulheres no país.

A disponibilidade de diferentes tipos de métodos, ainda é limitada, sendo a esterilização feminina o método mais utilizado pelas mulheres de menor escolaridade e renda.

A partir da problematização destes, informações equivocadas são tratadas como verídicas, fazendo com que métodos precários e ineficazes se tornassem populares, gerando sérios problemas, inclusive a mortalidade.

Comentando a situação da mulher brasileira em relação à contracepção, Marcolino menciona:

À primeira vista, poderíamos dizer que a mulher brasileira está muito bem servida quanto à oportunidade da contracepção, mas uma observação mais cuidadosa dos dados mostra-nos que a situação não é tão favorável assim, pois elas se concentram em dois métodos: a pílula e a esterilização. O peso desses dois métodos nas alternativas contraceptivas denota a precariedade de opção para a mulher brasileira.⁴

Uso de medicamentos com bases hormonais garantem eficácia, mas não a saúde. A utilização de métodos de urgência por exemplo, muito pelo contrário do que se conhece, não é um modo de prevenção a gravidez, foi desenvolvido para situações inoportunas, como em casos de violação sexual.

O serviço de saúde organizou-se em modelos clínicos que infelizmente não conseguem dar soluções imediatas, tampouco garantir a ampliação sobre as demandas solucionadas mediante o contexto social.

Tal ponto problemático garante um desrespeitoso constrangimento às integrantes do sexo feminino o que é fielmente perceptível pela superficialidade das relações.

4 MORTALIDADE MATERNA

A vulnerabilidade feminina frente a determinadas doenças e causas de morte está, muitas vezes, mais relacionada com a situação de desigualdade da mulher, socialmente falando, do que com fatores biológicos.

⁴MARCOLINO, Clarice. Trajetória da Mulher em Direção à Esterilização Cirúrgica Feminina: Um Estudo Fenomenológico, Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2019, p.53.

Por muitas vezes, sem as informações e cuidados necessários, as mulheres são sujeitas a ações de risco que acarretam danos, por este motivo, os índices de mortalidade materna brasileira garantem índices exorbitantes.

O ponto crucial do capítulo demonstra que a mortalidade materna continua sendo uma epidemia que atinge diversos países em todos os níveis de desenvolvimento e, em especial, as mulheres de classe econômica menos favorecida.

Existem diversos fatores orgânicos, psíquicos, sociais e assistenciais capazes de serem intimamente relacionados entre si, cuja fragilidade é determinada pelo mais fraco, que pode, portanto, determinar o risco e a morte.

Fatores sociais incluindo idade, raça, estado civil, escolaridade e padrão socioeconômico são descritos em vários estudos, comprovando o fator que existe população mais vulnerável e com alto risco de complicações.

A resposta para grande parte do problema está na imposição de programas clínico-educacionais que não necessitam de tecnologias muito avançadas capazes de serem observadas no planejamento familiar, vinculação do pré-natal ao parto e educação sexual.

É de fundamental importância para os estudos, a constatação de dados dos atestados de óbito, garantindo identificação dos casos de morte materna e encaminhá-los para os comitês competentes. Cabe a estes organismos não só a investigação dos casos, mas também a recomendação de medidas para evitar aumento e retrocesso.

Para queda nessas taxativas devem ser propostas medidas de prevenção, planejamento familiar abrangente, capaz de impedir a ocorrência de gravidez indesejada, assistência pré-natal adequada, equipe qualificada para atendimento nas emergências obstétricas e vigilância no período puerperal.

5 PROBLEMÁTICA NA ADOLESCÊNCIA

Sabe-se que criança e adolescente, segundo o ECA5, têm direitos à dignidade, ao respeito e à integridade física e psíquica e à sexualidade

5 Lei 8.069 Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

como direitos humanos, devendo ser afirmados na diversidade e enquanto gênero.

É fundamental que haja relevância para a adolescência na esfera das políticas, pois tem sido categoria silenciada.

Na perspectiva de dominação masculina tradicional, é possível notar a escancarada dicotomia relativa ao papel da mulher, por um lado como “mãe”, e por outro, como “prostituta”, e tais apontamentos refletem fortemente na formulação de políticas tanto para a prevenção e atenção à gravidez precoce, como também subsidiariamente de combate à exploração sexual de adolescentes.

A perspectiva feminista, de levar em conta o gênero e o protagonismo das adolescentes foram capazes de mudar o paradigma de considerar a mulher nessa dicotomia.

A despeito da importância do tema, evidencia-se uma lacuna em pesquisas que considerem o aspecto espacial da distribuição desse fenômeno.

Pode-se constatar que a construção das políticas de saúde para as adolescentes é um processo em andamento, com distintas modalidades e expressões que integram diferenciação, mas que tem um eixo já delimitado, sendo a defesa dos direitos sexuais reprodutivos a partir da especificidade de gênero e idade

Ocorre que tal eixo paradigmático, no entanto, encontra obstáculos para ser implementada, podendo elencar a falta de profissionais formados, condições objetivas de atendimento às adolescentes, discussão da sexualidade na família e também nas escolas.

Apesar do sistema público dispor pontuações sobre o paradigma da adolescência o planejamento familiar promovido pela idade enfrenta grande resistência devido ao preconceito.

É necessário direcionar a formação pessoal incluindo o empoderamento que futuramente vai servir de apoio para o embate ao conservadorismo de dominações masculinas. Deve-se incluir orientação familiar e não críticas mascaradas de cuidado.

6 PREVENÇÃO E ESTERÍOTIPOS DE DOENÇAS

Conforme já abordado anteriormente os cuidados com a saúde da mulher só foram inseridos nas políticas nacionais de saúde nas décadas

iniciais do século XX, antes disso, a temática era restrita quase que exclusivamente às questões relacionadas à gestação e aos partos.

Nos períodos posteriores, foram adotadas novas diretrizes para grupos vulneráveis e iniciou-se o atendimento a outras exigências, como sobre os direitos sexuais e reprodutivos.

Ao se aprofundar no tema saúde feminina, a lista de doenças capazes de citar não é curta podendo citar colo de útero, câncer de mama Sífilis, Gonorreia, HPV e IST's. Por falta de informação, conhecimento, assim como capacidade médica, elas são acometidas por enfermidades que poderiam ser facilmente prevenidas.

Por fatores próprios do organismo feminino, como menstruação menopausa, gravidez, do mesmo modo que órgãos e glândulas, como ovários, útero e mamas desenvolvidas, as mulheres podem desenvolver doenças específicas, que homens obviamente não desenvolvem.

Além das já citadas, a mulher pode se submeter a doenças estritamente ligada a maternidade.

O cuidado materno é socialmente tratado, com transmissão de responsabilidade pelas puérperas, como um dever enquanto a maternidade é vista como uma mudança não só psicológica, mas social e física.

Deste modo a recente mãe é obrigada a se submeter a diversos obstáculos para realizar tudo que “como uma boa mãe deve-se fazer”. Trata-se da amamentação, o retorno ao mercado de trabalho, os cuidados com a casa e restante da família, etc.

Mediante a estas metas impostas, a mulher entra em um estado de frustração imenso capaz de desenvolver transtornos de difícil tratamento.

Apesar de todos os esforços e de relativos avanços persistem noções essencialistas que colocam a mulher na esfera produtiva e pública.

Entende-se por cabíveis estudos impulsionados por ações que preencham as lacunas de saúde mental, violência doméstica e estresse, com ênfase na desnaturalização dos essencialismos, garantindo a equidade na saúde.

7 SAÚDE E HOMOSEXUALIDADE

A sexualidade ocupa um grande espaço na vivência de um ser, impactando no modo o qual ele se relaciona em sociedade e consigo próprio.

Segundo definição da Organização Mundial da Saúde, a sexualidade abrange sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução, sendo influenciada pela interação de fatores biopsicossociais, econômicos, políticos, culturais, legais, históricos e religiosos.

Não é novidade que a sexualidade da mulher foi esquecida ao longo de bons anos e lembrada apenas quando relacionada à reprodução.

A partir de então surge a indagação ao se tratar da mulher homossexual; se tal núcleo não é capaz de estabelecer a “função de reproduzir”, o acolhimento pela sociedade se dá de um modo extremamente mais complexo.

Desde meados do ano de 1997, quando de fato, a comunidade LGBT no Brasil deu início ao seu processo de implementação, então muito tem se evoluído, preconceitos têm sido quebrados, mas infelizmente ainda continuamos uma sociedade heteronormativa.

Em meio a conquistas e marcos nas políticas de saúde da mulher homossexual, atualmente ainda existem desafios a serem superados, como a falta de visibilidade e preconceitos que impactam na qualidade de vida destas.

Seguindo os mesmos parâmetros, ao se tornar visível a vulnerabilidade dessas mulheres frente a essas doenças, surgiu a "necessidade de oferecer maior visibilidade política às lésbicas".⁶

O reconhecimento do direito à orientação e a identidade é essencial para a dignidade e humanidade de cada pessoa, e nenhuma diferença deve ser pauta para discriminação, pois tais preconceitos influenciam no processo de saúde e doença dessa população.

Os profissionais responsáveis pela saúde feminina, por muitas vezes, não têm a devida sensibilidade de acolher mulheres homossexuais e fornecer informações importantes sobre as doenças que podem ser baseadas em seu contexto prévio.

Tal pré-julgamento se caracteriza como uma violência simbólica, ao prejudicar o diálogo e a formação de vínculo entre profissional e cliente.

Homossexuais femininas consideradas masculinizadas ainda tendem a enfrentar maiores constrangimentos durante o atendimento, devido ao não reconhecimento ou negação da possibilidade de diversidades sexuais e de gênero por parte dos profissionais.

6 ALMEIDA, G. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas. *Physis-Revista de Saúde Coletiva*, v. 19, n. 2, p. 301-311, 2009.

A concentração no conjunto das possíveis práticas sexuais, independente da identidade sexual das pessoas auxiliaria no processo de acolhimento.

Fica claro a necessidade de alterações estabelecidas desde a formação acadêmica chegando até cotidiano dos profissionais, deixando claro a existência da diversidade sexual, garantindo a eliminação da discriminação junto ao preconceito dados como institucionais.

As conclusões do capítulo no lugar de se autodenominarem de finais ainda são bastante iniciais, uma vez que não só constata uma escassa produção sobre o assunto como também, se colocam no lugar de formular hipóteses a serem estudadas em divergentes circunstâncias, capaz de a partir do que já foi produzido, garantam uma evolução no sentido de compreender o que passa no cotidiano das referidas.

Destarte, ressalta-se que as conquistas, até então evidenciadas pelo grupo, foram resultado de muitas lutas dos movimentos feministas e movimentos LGBT. É de grande relevância a participação social assim como a mobilização de mudanças.

Deve ser adquirido maior autonomia por parte das integrantes externando o orgulho e cuidados próprios, não só durante as ações de saúde, que obviamente precisa da alimentação sistêmica das necessidades garantindo eficiência nos direitos oferecidos pelo direito político, mas em todas as vivências necessárias.

8 MULHERES DA ÁREA RURAL

Apesar de os índices de desigualdade e pobreza terem reduzido sensivelmente nas últimas duas últimas décadas no país, ainda assim mantém-se entre os países mais desiguais dentre os demais.

Tal discrepância garante extremas diferenças entre as áreas urbanas e rurais, que refletem diferentes estágios de desenvolvimento socioeconômico, contribuindo proporcionalmente para a desigualdade no que se refere às condições e ao acesso a uma série de itens básicos para a qualidade de vida.

Residir em localidades mais vulneráveis gera uma série de custos ao indivíduo, sejam aqueles relacionados à infraestrutura, como maior distância e dificuldade para acesso aos serviços públicos, sejam aqueles associados às características sociais intrínsecas, como menor coesão social, maior nível de criminalidade e de estresse.

Essas características, que, por si só, afetam o nível de bem-estar individual e da população, são potencializadas devido ao seu efeito sobre o estado de saúde.

No território brasileiro, quando se trata de mulheres rurais, as situações de violência se potencializam, devido ao contexto de vida que as situam em localidades distantes dos grandes centros e, conseqüentemente, dos recursos sociais, políticos e comunitários que poderiam promover maior proteção.

No meio do campo a preocupação encontrada tem primordial relação com mulheres grávidas que necessitam de serviço como o pré-natal. É necessário que os atuantes da saúde reconheçam a necessidade de uma abordagem diferenciada.

Os altos riscos enfrentados no dia a dia no meio do trabalho obrigam que se tenha uma capacitação capaz de orientar os protocolos e cuidados que devem ser seguidos.

Com isso, a violência adquire formas complexas e múltiplas e se manifestam nas relações sociais cotidianas, evidenciadas pela discriminação quanto à posse, ao trato e ao manejo da terra e na “legitimidade masculina” da divisão sexual do trabalho.

Introduzindo em um uma seguinte questão, a violência sofrida pela mulher idosa que possui junto ao seu cotidiano um machismo ancorado que impede a saída de casa e a introdução em meios distintos das lavouras para o trabalho.

A depressão dessas mulheres com idade mais avançada, é comum, uma vez que perdem significativamente sua capacidade reprodutiva, o pouco poder que tinham, fica invisível e sem cuidados.

A garantia defendida nos contextos rurais, as relações de gênero são fortemente influenciadas por uma organização patriarcal que coloca a mulher em uma posição inferior à do homem.

Sem muito conhecimento ao tratamento para as doenças decorrentes destes fatores é comum o consumo de chás e remédios caseiros para tentar diminuir as dores e sintomas de doenças como cefaleia, dores musculares e até mesmo a depressão.

No intuito de amenizar os fortes impactos, desde a Constituição de 1988 existe a tentativa de implantação de algumas políticas que garantissem por exemplo o direito à aposentadoria rural e o salário maternidade.

Conforme o geral apresentado no capítulo, assim como no discorrer do artigo, houve tentativa para superar as dificuldades existentes

para a mulher do campo, porém a falta de efetividade demonstrou falhas que garantem a inaplicabilidade.

9 POPULAÇÃO FEMININA INDÍGENA

Outro ponto de evidência relevante é a crítica quanto as políticas públicas tratando-se da vulnerabilidade das mulheres indígenas que devido à falta de cuidado e importância, principalmente perante a parcela governamental brasileira.

Apesar de serem sujeitas à discriminação e violações aos seus direitos humanos, as mulheres indígenas devem ser afastadas do papel de vítima social.

Elas têm desempenhado um papel relevante na luta pela autodeterminação de seus povos e seus direitos como sendo mulheres, são conhecidas como ponto crucial para a reprodução da cultura e cumprem um papel fundamental dentro do âmbito familiar, assim como em suas comunidades, e países, inclusive fortemente no âmbito internacional.

Deve-se entender às mulheres indígenas como detentoras de direito, reconhecendo este com possibilidade de participação ativa em todos os processos que exercem influência de seus direitos.

Compreendendo o processo histórico das alterações sociais, ambientais e econômicas, é perceptível a influência impactante nos perfis da saúde.

A partir da Política Nacional de Atenção à saúde indígena (PNASI) iniciou-se a defesa sobre a abordagem de garantia da atenção integral à saúde indígena, foi desenvolvido ao longo dos anos o Serviço de Proteção do Índio (SPI), Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

Nota-se sobre os problemas de saúde identificados pelas mulheres indígenas, a falta de assistência à gestante e de realização do pré-natal; a desnutrição de mulheres e de crianças; a mortalidade por câncer de colo uterino e de mama; a dificuldade de se fazer o tratamento das DST; o uso de drogas; a violência contra a mulher e a prostituição; a pequena participação da mulher indígena nas instâncias de controle social; o número pequeno de mulheres indígenas atuando como Agentes Indígenas de Saúde (AIS).

No tocante a mulher índia no mercado de trabalho é notório o preconceito, o que fica ainda mais grave quando combinado ao acesso

limitado no sistema de seguridade, ao analfabetismo e a pouca escolaridade.

É possível elencar também as distintas modalidades de violência contra estes povos, que abriga tanto a modalidade obstétrica, incluindo tratamentos desrespeitosos, abusivos ou de denegação sendo eles antes da gravidez, durante ou após ela; quanto a violência espiritual referindo-se à discriminação que não só afeta elas, mas a coletividade.

Sem contar nas dificuldades geradas pelo choque das culturas, em regiões de maior proximidade a população regional, nota-se o aparecimento de novos problemas de saúde relacionados às mudanças introduzidas no seu modo de vida e na alimentação abordando hipertensão arterial, diabetes, câncer, alcoolismo, depressão e suicídio são problemas cada vez mais frequentes em diversas comunidades.

Em pensamento de Eduardo Nunes⁷ sobre o processo migratório do índio ao ambiente urbano fica claro este apontamento de choque de ideais:

O selvagem fora da selva, (quase) camuflado entre prédios, é pensado como um indivíduo deslocado, fora de seu próprio mundo, em contradição com a essência de seu ser. Um dos problemas envolvidos aqui [...] é a certa teoria de mudança cultural, que toma a transformação como um processo de tornar-se diferente de si próprio e, como consequência, igual a outrem, deixando, assim, de ser quem se é.

A falta de representatividade das mulheres atuando na prática da saúde gera um certo constrangimento nas indígenas, seja ao tratar-se com homem branco ou de mesma etnia, especialmente se estes problemas estiverem relacionados à saúde sexual e reprodutiva, devido principalmente aos valores culturais seguidos.

De forma geral, pode-se dizer que está ocorrendo um processo crescente de mudança interna nas comunidades indígenas, que durante diversas gerações carregaram tradições e características culturais relacionadas com as estruturas familiares e sociais de cada grupo.

Pertencer ao gênero feminino garante a situação de vulnerabilidade e ser indígena significa que seus direitos são ignorados.

⁷ NUNES, Eduardo Soares. Aldeias urbanas ou cidades indígenas? Reflexões sobre índios e cidades. Porto Alegre, v.4, n.1, p. 9-30, jun. 2010.

Sendo assim, ser uma mulher indígena significa permanecer constantemente em déficit numa luta injusta por aquilo que é seu de direito misto a equidade de oportunidades.

Conclui-se, portanto, que para estas índias cabe ao próprio regimento estatal adotar medidas pertinentes ao empoderamento e participação nas diversas esferas civis e econômicas.

10 OBSTÁCULOS NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

As mulheres em situação de cárcere podem ser consideradas uma das parcelas mais acometidas por agravos à saúde feminina no geral.

A intensificação do encarceramento de mulheres no Brasil tem chamado atenção para diversos problemas que se relacionam às desigualdades de gênero e à necessidade de reduzir as diferentes formas de violência que se multiplicam na prisão e implicam sérios prejuízos a saúde desta população.

O estado de confinamento por si só já demonstra um ambiente hostil e insalubre, tais fatores combinados com o aumento da população carcerária indicam um alto risco para contração de patologias altamente transmissíveis indicando HIV, sífilis, tuberculose, etc.

Os tratamentos que são oferecidos as mulheres considera-se inadequado, pois as mesmas não têm nem se quer seus direitos básicos garantidos com uma vida digna e saudável.

Foucault relata que a pena restritiva de liberdade tem como objetivo principal apenas de vigia e punição, levando em conta a premissa de situações no qual os detidos são expostos, a função de ressocialização social da pena é completamente utópica.

As condições inadequadas de higiene, espaço suficiente para atender a demanda, escassez de funcionários, alimentação inadequada e falta de assistência à saúde fazem parte do cotidiano da maioria dos sistemas.

Um importante questionamento é em relação a mulheres mães que acabam passando por situações de difícil solução durante o cumprimento da pena, continuam amamentando seus filhos em locais precários e sendo separadas da criança brutalmente.

Por isso a importância do artigo 3188, incisos IV e V, e 318 – A, do Código de Processo Penal, que garantem o direito de prisão domiciliar para gestantes e a mulheres com filhos deficientes ou menores de 12 anos presas preventivamente.

O impacto na vida das crianças é ainda maior que na vida das próprias mulheres, a pena da genitora é estendida aos seus filhos por meio de um ambiente despreparado e também pelo preconceito.

Sendo a penitenciária espaço onde o Poder Judiciário faz cumprir as sentenças de natureza criminal que envolvem o sistema de cárcere, a relação estabelecida entre a justiça e as instituições judiciais é de grande valia na construção das representações sobre o espaço prisional.

O princípio da presunção de inocência e o princípio da intranscendência, dão a possibilidade para as mulheres garantirem seus direitos, sendo elas mães ou não.

É um sistema prisional que não vai contra somente a Constituição Federal, mas muito do que diz respeito aos Direitos Humanos, nenhum dos tratados internacionais de direitos humanos, como por exemplo as Regras de Bangkok, demonstram favor a esse encarceramento em massa e da situação crítica dos sistemas prisionais brasileiros.

Em relação às mulheres presas é preciso efeitos positivos na vida de crianças e adolescentes, na sociedade e no judiciário auxiliando na efetividade das leis de maneira individualizada e em uma maior possibilidade de assistência jurídica com eficiência.

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da escrita e pesquisa do projeto pude compreender a tamanha divergência entre o tratamento na saúde quanto ao gênero; o objetivo do estudo era justamente apresentar as bases desta problematização.

Mediante a propagação dos conhecimentos garantidos, foi adquirido novas conclusões e descoberta de dados com abrangência em estudos críticos referentes a temas que por si só, já me chamavam a atenção na prática de vivência.

8 Lei nº 12.403, 04 de maio de 2011; instituiu a substituição de prisão preventiva pela domiciliar em casos de gestantes ou genitora de filho menor de 12 (doze) anos de idade incompletos.

Considerando os objetivos delimitados previamente, foi revelado as práticas dirigidas à saúde da mulher, que quase sempre desconsidera a especialidade de cada usuária, especialmente aos grupos femininos citados.

Portanto é reconhecido que desigualdades permeiam atos contínuos que por muitas vezes são banalizados, e por tal a elaboração e eficácia de políticas públicas vagam-se em lacunas.

Ao incorporar o gênero na avaliação das políticas foi possível considerar uma nova dimensão de discrepância, assim como, explicar situações que não possui o mesmo enfoque.

É notório a tamanha evolução obtida no passar dos anos incluindo as conquistas cruciais.

Conforme apresentado surgiram diversos programas que atualmente demonstram-se como os responsáveis por dar início aos estudos e melhorias.

Diante do exposto nota-se que a vulnerabilidade feminina frente a determinadas doenças, problemáticas e causas de morte está mais atrelado muitas vezes com situações de desigualdade do que com fatores biológicos.

Tendo em vista a relevância do tema é necessário defender a necessidade do acolhimento das integrantes femininas no tocante à saúde pública.

12 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G. **Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas**. Physis-Revista de Saúde Coletiva, v. 19, n. 2, p. 301-311, 2009.

ALMEIDA, Vanessa Ponstinnicoff de. **Repercussões da violência na construção da identidade feminina da mulher presa: um estudo de caso Psicologia ciência e profissão**, v. 26, n. 4, p. 604 - 619, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v26n4/v26n4a08.pdf>.

ARAÚJO, Moziane Mendonça. **Assistência à saúde de mulheres encarceradas: análise com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas**. Disponível em: www.scielo.br/j/ean/a/QHkfskQfG88yTr3yWBPfcMs/?lang=pt.

ARBOIT, J. et al. **Violência doméstica contra mulheres rurais: práticas de cuidado desenvolvidas por agentes comunitários de saúde.** Saúde soc., São Paulo, v. 27, n. 2, p. 506-517. Jun. 2018.

ARRUDA, Natália Martins et. el. **Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008.** Disponível em: <https://scielosp.org/article/csp/2018.v34n6/e00213816/>.

BOJANIC, A. **A importância das mulheres rurais no desenvolvimento sustentável do futuro. Organização das Nações Unidas no Brasil. Dez. 2017.** Disponível em: <https://nacoesunidas.org/artigo-aimportancia-das-mulheres-rurais-no-desenvolvimento-sustentavel-do-futuro/>.

BONAFIM, Beatriz Pasqualotto. **Saúde da Mulher no Meio Rural: uma revisão integrativa.** Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/post-artigo/34681>.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta.** Brasília, DF. Editora do Ministério da Saúde, 2013. 1º edição. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf.

BRASIL. Defensoria Pública do Estado de São Paulo. **Infância e Juventude: A proteção integral de crianças e adolescentes na atualidade: reflexões e práticas garantistas no contexto de retração de direitos.** São Paulo/SP, 2018. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/Cad-Def-Pub-SP_n.19.pdf.

COSTA, M. G. S. G. et. el. **Condições de vida, gênero e saúde mental entre trabalhadoras rurais assentadas.** Estud. Psicol., Natal, v. 19, n. 2, p. 145-154, jun. 2014.

COSTA, Marta Cocco et. al. **Mulheres rurais e situações de violência: fatores que limitam o acesso e a acessibilidade à rede de atenção à saúde.** Disponível em: scielo.br/j/rgenf/a/PDhWVNzrq5R7vYjjWT9Dkmg/?lang=pt.

DUARTE, Danielly Colleti. **Protagonismo das mulheres indígenas no espaço de poder: Resistência e superação** Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal da Grande Dourados v.4. n. 6, p. 20-44. Jul. 2017.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: história da violência nas prisões.** Tradução de Raquel Ramalhe. 20 ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 1987. Disponível em: https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/centrocultural/foucault_vigiar_punir.pdf.

FRINHANI, Fernanda Magalhães. **Mulheres encarceradas e espaço prisional: uma análise de representações sociais.** Psicol. Teor. Prat. v.7 n.1 São Paulo jun. 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872005000100006.

GRUBITS, Sonia et. el. **Mulheres indígenas: poder e tradição.** Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/DpMvQpVB7KBxKxVc7ZHp3Vc/?lang=pt>.

MOUTINHO, Beatriz Batalha. **A mulher perante o sistema prisional brasileiro e a importância de medidas alternativas as prisões provisórias.** Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/83805/a-mulher-perante-o-sistema-prisional-brasileiro-e-a-importancia-de-medidas-alternativas-as-prisoas-provisorias/3>.

NUNES, Eduardo Soares. **Aldeias urbanas ou cidades indígenas? Reflexões sobre índios e cidades.** Porto Alegre, v.4, n.1, p. 9-30, jun. 2010.

NUNES, Eduardo Soares. Aldeias urbanas ou cidades indígenas? Reflexões sobre índios e cidades. Porto Alegre, v.4, n.1, p. 9-30, jun. 2010.

SCHOR, N., 1995. **Adolescência e Anticoncepção: Conhecimento e Uso Tese de Livre Docência,** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

SCHOR, Néia et. el. **Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais.** Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/qjMvdCbHVj3KCrvgy6Jkj4R/?lang=pt>.

SCOTT, Joan. **Gender: a useful category of historical analyses. Gender and the politics of history.** New York, Columbia University Press. Tradução Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila, 1989.

SILVA, Enir Bezerra da. **Onde já se viu, na cultura indígena, uma mulher ser cacique?** Disponível em: Ministério Público Federal. Enir Bezerra da Silva: onde já se viu, na cultura indígena, uma mulher ser cacique?