

O EMPODERAMENTO DA MULHER SOBRE SEU DIREITO À SAÚDE

Carla Coutinho da Silva; Bárbara Angélica Bispo Fernandes do Nascimento; Maria Valéria Gorayeb de Carvalho.

Associação Caruaruense de Ensino Superior e técnico – ASCES. carllacoutinho@gmail.com

RESUMO: O direito à saúde engloba uma gama de fatores socioeconômicos que promovem condições que possibilitarão aos indivíduos terem uma vida saudável, substanciando os determinantes de saúde, como alimentação, moradia, acesso à água potável e saneamento básico e condições seguras de trabalho. A concepção de direito à saúde ultrapassa a simples noção da oferta dos serviços de saúde, estando intimamente ligada à dignidade humana, à qualidade de vida e aos direitos fundamentais do indivíduo. Sendo assim, é imposto ao Estado o dever de propiciar a liberdade humana através de uma efetiva garantia do direito de prestação à saúde e uma atuação positiva para sua eficácia. Este estudo qualitativo, realizado no Centro de Saúde Ana Rodrigues, localizada na cidade de Caruaru – PE, teve como objetivo analisar a percepção de usuárias de uma ESF sobre o direito à saúde. Os resultados evidenciaram que na maioria das vezes a saúde está vinculada à ida à unidade básica e atendimento médico em geral, embora algumas usuárias possuam uma noção um pouco mais ampliada. Neste cenário, o empoderamento permite às mulheres reconhecer sua condição social e política, utilizando de recursos que levem ao exercício eficaz de sua cidadania.

Palavras-chave: Direito à Saúde, Estratégia de Saúde da Família, Políticas de Controle Social, Sistema Único de Saúde (SUS).

INTRODUÇÃO

Direitos humanos são os direitos essenciais de todo homem, entre eles estão: direitos à vida, de crença, expressão, educação, moradia, entre outros. O conhecimento de seu conceito e percepção na sociedade tornou-se necessário para proteger os próprios direitos. Para que a saúde pudesse engajar-se como um direito foi necessário passar por diversas lutas, mas sua compreensão como prática fundamental para o homem facilitou sua concretização. É a partir daí que a saúde passa a ser instituída como um direito. A 8ª

Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, serviu de base para a formulação da seção de saúde da Constituição Federal de 1988, que institui a saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantindo o acesso universal a serviços que proporcionem promoção, proteção e recuperação através de políticas sociais e econômicas, o que consolidou-se com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) (BODSTEIN apud SILVA; FERREIRA, 2010; BRASIL, 1988; SOUZA; COSTA, 2010).

Os princípios que regem este sistema são igualdade, equidade e universalidade.

Sendo este último o que mais caracteriza o SUS, pois oferece ao cidadão o direito de acesso ao sistema de saúde em qualquer nível de atenção. Porém, este sistema, que deveria ser de acesso universal e igualitário, mostra-se excludente, o que o torna um sistema desarticulado e segmentado. Esta desarticulação tem afetado a percepção do usuário quanto ao seu direito de acesso à saúde, fazendo com que este se distancie de seu papel de controle social. Esta participação da comunidade só é efetiva a partir do acesso às informações acerca do direito à saúde. É somente por meio da educação sanitária e conscientização, que o indivíduo pode reconhecer seus direitos e reivindicá-los quando preciso (PINHEIRO; ASENSI, 2010; FILHO; GARBIN, 2010).

A característica de proximidade com os usuários da saúde, que fica evidente no modelo de atenção primária, através da estratégia de saúde da família – ESF, é um instrumento-chave para o empoderamento. Segundo Restrepo e Málaga (2001), entre os exemplos mais reveladores de empoderamento estão os movimentos feministas, que através de projetos e iniciativas promovem o controle de suas vidas e a capacidade de fazer valer seus direitos. As autoras ressaltam ainda a imprescindibilidade do papel da mulher nas mudanças sociais, afirmando que suas potencialidades para

exercer suas escolhas é um ponto valioso não só para si mesmas, mas também para o crescimento econômico e desenvolvimento geral.

Partindo de uma perspectiva mais ampla, o empoderamento das mulheres pode fazer com que estas transponham seu âmbito doméstico e concentrem-se em esferas públicas, além de promover uma mudança radical nos processos e estruturas que reproduzem a posição subordinada da mulher, garantindo-lhes autonomia no que se refere ao controle de seus corpos, à sexualidade, ao direito de ir e vir e seu direito à um serviço de saúde qualificado (FILHO; REGINO, 2006). O objetivo desta pesquisa é descrever a percepção das usuárias do SUS sobre o direito à saúde e esta recobre-se de importância ao discutir o paradigma de que apenas a sociedade dominante exerce influência no âmbito da saúde e tem seus direitos garantidos, pois é percebido que não é a fragilidade econômica que desvincula o usuário de seu direito à saúde, mas a ausência de informação. Sendo assim, é preciso que os profissionais de saúde, principalmente aos que atuam na Atenção Primária de Saúde, atuem como catalisadores no processo de empoderamento e considerem que a ESF está sendo mais utilizada por idosos e mulheres. Sendo estas últimas, as que mais adotam práticas preventivas, utilizando os serviços de

saúde 55% mais do que os homens (FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo diagnóstico do tipo transversal, de abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada no Centro de Saúde Ana Rodrigues, localizada na cidade de Caruaru – PE. Este Centro de saúde é responsável pelo PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde – São Francisco I, II e III. Conta com uma equipe composta por 3 enfermeiras, 5 médicos clínicos gerais, 1 ginecologista, 2 pediatras e 4 odontólogos. Seu NASF é comum ao de vários territórios. Possui 7 consultórios e o horário de funcionamento vai de 07:00h às 17:00h. Cada enfermeira é responsável por um PACS. Sendo o PACS São Francisco I composta de 2.314 famílias, o PACS São Francisco II por 1.920 famílias e o PACS São Francisco III por 2.102 famílias, totalizando 6.336 famílias. A população alvo deste estudo foi composta por usuárias do centro de Saúde Ana Rodrigues, por meio de uma amostra aleatória simples, durante o período da coleta de dados, que foi realizado em 2 meses. Os critérios de inclusão: ser do sexo feminino, frequentar o Centro de Saúde Ana Rodrigues durante o período da coleta e ter mais de 18

anos. O critério de exclusão: o não desejo de participar do estudo. Durante o período de coleta de dados, as usuárias foram escolhidas de maneira aleatória simples, sendo necessário preencher os critérios de inclusão da pesquisa, totalizando 39 usuárias. Para coletar os dados utilizou-se a técnica de entrevista com a utilização de um formulário. A primeira parte, composta por dados sociodemográficos, possui as seguintes variáveis: nome, idade, sexo, profissão, religião, estado civil, raça, escolaridade e renda, e a segunda está relacionada ao conhecimento sobre direito à saúde, composto por 1 questão aberta – O que é direito à saúde? As respostas foram gravadas e transcritas na íntegra. Para análise de dados foi empreendida uma análise das falas, orientada pela perspectiva da análise de conteúdo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre as 39 usuárias entrevistadas, a predominância foi de mulheres com idade entre 40 e 60 anos (36%), donas de casa (33%), católicas (56%), solteiras (41%), com ensino fundamental incompleto (31%), com renda mensal inferior a um salário mínimo (62%), e pardas (54%).

Estudos demonstram que na população geral o baixo nível educacional

associa-se a elevada morbimortalidade, principalmente ao desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas. Reconhece-se que a baixa escolaridade associada ao baixo nível econômico, situação presente no estudo, é uma das características predominantes na população atendida pelos serviços públicos de saúde. É percebido que não é a fragilidade econômica que desvincula o usuário de seu direito à saúde, mas a ausência de informação. Sendo assim, é preciso que os profissionais de saúde, principalmente aos que atuam na Atenção Primária de Saúde, atuem como catalisadores no processo de empoderamento. Além disso o baixo nível de escolaridade pode chegar a limitar o acesso da pessoa às informações, devido ao comprometimento das habilidades de leitura, fala, escrita e compreensão (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

Para traçar estratégias inovadoras e efetivas para o empoderamento das mulheres é necessário que esta variável, escolaridade, seja incluída. Neste estudo, como trata-se de uma população adulta, com idade de 40-60 anos (36%) a modificação da escolaridade é algo que não pode ser esperado, o que aumenta o desafio dos profissionais da atenção básica quanto a estratégias para serem utilizadas para fornecer o conhecimento das usuárias em relação às políticas públicas e seu direito à saúde. Diante desta realidade, os

profissionais da ESF, por conter um vínculo com a população, devem traduzir a realidade sanitária e passá-la de forma clara a comunidade, possibilitando assim a melhoria da saúde dos indivíduos e permitindo que estes atuem de forma ativa na organização do sistema de saúde local (MARTINS, 2011).

Neste sentido, a educação em saúde torna-se peça fundamental para a construção de uma nova percepção acerca dos objetivos do Sistema Único de Saúde para com a população, pois é através da participação social e do empoderamento que os indivíduos terão controle sobre suas vidas, deixando de ser reféns do sistema, e assim poderão ir em busca de uma transformação em sua realidade social de saúde. Em relação a participação social, é visto que ela só é efetiva a partir do acesso às informações acerca do direito à saúde. É somente por meio da educação sanitária e conscientização, que o indivíduo pode reconhecer seus direitos e reivindicá-los quando preciso (SILVA; FERREIRA; SILVA, 2010).

Em relação a raça e profissão, 54% das mulheres eram pardas e donas de casa (33%). As desigualdades raciais afetam a inserção da população parda/negra dentro da sociedade, o que desconstrói em parte a democracia de um país que deve oferecer oportunidades iguais para todos. Há uma grande relação entre acesso à infraestrutura e

condições de saúde, o acesso à saneamento, à eletricidade e coleta de lixo afeta diretamente a saúde da população, porém é notado que brancos e pardos/negros tem obtenção desigual a estes serviços. A falta de igualdade entre brancos e negros é presente em todo ciclo de vida dos indivíduos, “desde a saúde na infância, passando pelo acesso à educação e cristalizando-se no mercado de trabalho e, por consequência, no valor dos rendimentos obtidos e nas condições de vida como um todo” (HERINGER, 2002, p.60).

O acesso à educação além de ser tratado como um dos pontos principais para alcance de melhores oportunidades no mercado de trabalho e um melhor rendimento, também é visto como o principal caminho para mobilidade social. Dentro desta conjuntura, torna-se importante a observação das oportunidades educacionais de negros e brancos, como também suas entradas no mercado de trabalho (LEAL; GAMA; CUNHA, 2005). Oliveira, Thomaz e Silva (2014) trazem que pardos/negros não tem conseguido o mesmo progresso e prestígio social, como a ocupação de cargos de poder como os brancos. “Eles ainda concentram-se em atividades manuais que exigem pouca qualificação e escolaridade formal”, o que explica a profissão, remuneração e escolaridade das mulheres participantes da pesquisa (HERINGER, 2002, p.62).

A análise e interpretação dos dados qualitativos permitiram a construção de três categorias que sustentam a concepção das usuárias acerca do direito à saúde: Direito à saúde é adquirido e deve ser consciente; Direito à saúde é ser atendido de acordo com a necessidade do indivíduo; Desconhecimento da população sobre o que significa ter direito à saúde.

Direito à saúde é adquirido e deve ser consciente

O direito à saúde engloba uma gama de fatores socioeconômicos que promovem condições que possibilitarão aos indivíduos terem uma vida saudável, substanciando os determinantes de saúde, como alimentação, moradia, acesso à água potável e saneamento básico e condições seguras de trabalho. A concepção de direito à saúde ultrapassa a simples noção da oferta dos serviços de saúde, estando intimamente ligada à dignidade humana, à qualidade de vida e aos direitos fundamentais do indivíduo. Sendo assim, é imposto ao Estado o dever de propiciar a liberdade humana através de uma efetiva garantia do direito de prestação à saúde e uma atuação positiva para sua eficácia (VANDERPLAAT, 2004; SILVA; FERREIRA; SILVA, 2010). Neste tema,

aparecem as representações das usuárias sobre o direito à saúde, no qual apresentam a saúde como um direito adquirido e consciente:

“ São os direitos adquiridos, é, por toda sociedade que deve ter direito aos bens, é.. relacionado à saúde”. (E1)

“Eu acho que direito à saúde é tudo aquilo que a gente tem direito, e também não só direito a receber mas também a dar...”(E9)

Embora o Estado não tenha sido citado como responsável por garantir este direito e a Constituição Federal como órgão legitimador, o direito à saúde surge como lei a ser cumprida, em que o beneficiário é o próprio usuário, que por muitas vezes não está consciente desta condição. A universalidade, quando escrita em nossa carta maior, aponta para uma concepção de saúde contextualizada com os princípios norteadores da compreensão de vida enquanto realização da dignidade humana (SILVA; FERREIRA; SILVA, 2010).

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um dos maiores sistemas públicos de saúde de todo o mundo, pois garante acesso igualitário, universal e integral para toda a população. Segundo Souza e Costa (2010), sua criação foi o maior movimento de

inclusão social em termos institucionais já vistos na história brasileira. Um fato que corrobora com esta afirmativa foi a atitude do sistema em oferecer serviços de saúde qualificados aos economicamente excluídos que até então só recebiam atenção de unidades de medicina simplificada e entidades filantrópicas (ANTONIETTO *et al* 1999). O direito ao público pode ser visto na fala de uma das entrevistadas quando esta diz:

“O básico né que a gente tem direito, o direito ao público né”(E13)

Este sistema atua com duas redes simultâneas, uma de atendimento público e gratuito e outra privada, que age de forma complementar. A atuação da rede privada embate na propositura de universalidade do SUS vem ocasionando discussões e movimentos contra a tendência de privatização do setor saúde. Além disso, a precariedade em ressarcir os atendimentos prestados pelo Sistema aos usuários de planos de saúde privados, como a transação de recursos públicos para os planos e seguros privados estão dentro das críticas do movimento sanitário e nas propostas de fortalecimento do SUS (HEIMANN; IBANHES; BARBOZA, 2006).

Direito à saúde é ser atendido de acordo com a necessidade do indivíduo

Para discutir equidade é preciso antes um mínimo de condição de igualdade, pois a equidade, mais do que tratar todos os usuários de forma semelhante, tem um valor de justiça, ou seja, de dar prioridade a quem mais precisa, provendo a cada um a atenção referente às suas necessidades e ao mesmo tempo respeitando o direito que todos possuem à igualdade (SOUZA, 2007). O conceito de equidade trazido por Barata (2006) parte do princípio de que uma distribuição igualitária de recursos não atende obrigatoriamente as necessidades dos usuários, visto que estas são diferentes em cada indivíduo.

A concepção de direito a saúde ligado unicamente a necessidade elaborada no cotidiano é predominante e resulta em representações que ganham uma conotação de direito social muito ligada ainda a oferta de serviços de saúde, como evidenciado nos recortes abaixo:

“...você chega nos canto, se você não for atendido que saúde você vai ter?” (E2)

“...eu tenho um papel aí que faz quatro mês que taí esperando por uma ressonância e ainda não saiu né...”(E3)

“..., é você sempre que precisar ser atendida”. (E4)

“Entendo como ter um bom atendimento, ter medicação...” (E12)

“É se a pessoa adoecer tem todos os direitos de vir num posto de saúde, na UPA...” (E15)

“Entendo que a pessoa chega no médico pra ser atendida e é um sacrifício” (E5)

O direito à saúde, por estar entre os direitos fundamentais deixa de ser uma atividade negativa de não intervenção estatal e impõe-se como um dever ao Estado, uma ação positiva de efetiva garantia e eficácia do direito à saúde. Observa-se uma preocupação das usuárias com a assistência em saúde, que é diferente do direito à saúde. Enquanto a primeira é apenas uma das políticas que visam à manutenção da saúde dos cidadãos através de um acesso igualitário, eficaz e resolutivo, o direito à saúde está intimamente atrelado ao conceito de saúde em sua essência, ou seja, exige uma articulação de todos os setores sociais e econômicos, com envolvimento governamental em áreas prioritárias, como educação, saneamento, alimentação, renda, moradia e segurança (FILHO; GARBIN, 2010).

Desconhecimento da população sobre o que significa ter direito à saúde

Foi percebido também que algumas usuárias possuíam total desconhecimento sobre o que significa ter direito à saúde:

“ Entendo nada não ” (E7)

“Eu não entendo nada não...” (E6)

“Não sei” (E11)

Isto é preocupante, pois deste modo não é possível reivindicar e/ou lutar pelos seus direitos, não só civis e políticos, mas direitos sociais; não tem condições e nem argumentos para questionar, o que prejudica o exercício de sua autonomia. Compreende-se, portanto, que este exercício está diretamente relacionado com o empoderamento da usuária. É importante trabalhar na perspectiva da autonomia das mulheres, trazendo a perspectiva do empoderamento como passo inicial de um processo mais amplo de conquista da cidadania (LEITE et al, 2014; LISBOA, 2008).

Cabe ressaltar que o processo de empoderamento é visto como estreitamente relacionado ao de participação. Desse modo, é preciso criar formas de lidar com o conjunto estabelecido de práticas sociais que organizam um padrão estável de relações de poder para que haja distribuição de poder

nestes espaços e relações mais horizontais que levam ao empoderamento dos atores. Experiências em diversas partes do mundo têm mostrado que processos de participação favorecem o estabelecimento de políticas e práticas de desenvolvimento que contemplam as necessidades das pessoas vivendo em situações de vulnerabilidade e possibilitam processos de empoderamento (KLEBA; WENDAUSEN, 2009).

CONCLUSÃO

Diante do exposto, é possível perceber que na maioria das vezes a saúde está vinculada à ida à unidade básica e atendimento médico em geral, embora alguns possuam uma noção um pouco mais ampliada. A saúde deve ser vista como o Direito Humano Fundamental e não como assistencialismo. Respeitar o direito à saúde implica em mudanças na organização econômica perpetuadora de desigualdades de bens e serviços. Neste cenário, o empoderamento permite às usuárias reconhecer sua condição social e política, utilizando de recursos que levem ao exercício eficaz de sua cidadania. Oferecer subsídios para o empoderamento é um dos eixos para alcançar a integralidade e tem papel fundamental na autotransformação da mulher,

na medida que propicia liberdade e autonomia.

REFERÊNCIAS

ANTONIETTO, M.R. et al. **O Sistema Único de Saúde e as ações do enfermeiro em uma instituição hospitalar brasileira.** Rev. Panamericana de Saúde Pública, p.: 408-414, 1999.

Brasil. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal;

1988.

FERNANDES, L.C.L; BERTOLDI, A.D; BARROS, A.J D. **Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família.** Rev Saúde Pública, v. 43, n. 4, p.595-603, 2009.

FILHO, A.C.P; GARBIN, C.A.S. **A saúde e seu direito sob o olhar do usuário.** Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde; v. 12, n. 3, p.: 39-45, 2010

FILHO, R.; REGINO, F.A. **O empoderamento das mulheres do sertão: uma experiência de associativismo e desenvolvimento rural.** 10p. 2006.

Disponível em: <<http://www.alasru.org/wp-content/uploads/2011/06/01-GT-Fabiane->

[Alves-Regino-Y-Renato-Macedo-Filho1.doc](#)>

Acesso em 13 set. 2014.

HEIMANN, L.S; IBANHES, L.C; BARBOZA, R. organizadores. **O PÚBLICO E O PRIVADO NA SAÚDE.** São Paulo: Editora Hucitec; 2005. 239 pp.

HERINGER, R. **Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas.** Rev. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(Suplemento) p.:57-65, 2002.

KLEBA, M.E; WENDAUSEN, A. **Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política.** Saúde Soc. V. 18, n.4, p. 733-743, 2009.

LEAL, M.C; GAMA, S.G.N; CUNHA, C.B. **Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001.** Rev Saúde Pública, n.39, v.1, p.100-7, 2005.

LEITE, R.A.F et al. **Access to healthcare information and comprehensive care: perceptions of users of a public service.** Interface (Botucatu); v. 18, n. 51, p. :661-71, 2014.

LISBOA, T. K. **O Empoderamento como estratégia de inclusão das mulheres nas políticas sociais.** 2008. Disponível em: <https://pactoglobalcreapr.files.wordpress.com/>

2012/02/6-empoderamento-

teresa_kleba_lisboa_11.pdf. Acesso em: 20 maio de 2016.

MARTINS, P.C. et al. **De quem é o SUS? Sobre as representações sociais do usuário do programa Saúde da Família.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n.3, p. 1933-1942, 2011.

MEDEIROS, P. F.; GUARESCHI, N.M.F. **Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão.** *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 31-48, janeiro-abril/2009.

OLIVEIRA, B.L.A; THOMAZ, E.B.A.F; SILVA, R.A. **Associação da cor/raça aos indicadores de saúde para idosos no Brasil: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2008).** *Rev.Cad. Saúde Pública*, n.30, v.7, p.1-15, Rio de Janeiro, jul, 2014.

PINHEIRO, R; ASENSI, F. D. **Desafios e estratégias de efetivação do direito à saúde.** *Physis* [online], vol.20, n.1, pp. 15-17, 2010.

RESTREPO, H.E; MÁLAGA, H. **Promoción de la Salud: como construir vida saludable.** Bogotá: Editorial Médica Internacional; 2001.

SILVA, M.A.M; FERREIRA, E.F; SILVA, G.A. **O direito à saúde: representações de usuários de uma unidade básica de saúde.**

Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1183-1207, 2010.

SOUZA, G.C.A; COSTA, I.C.C. **O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças.** *Saúde Soc. São Paulo*, v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010.

SOUZA, R.R. **Políticas e práticas de saúde e equidade.** *Rev Esc Enferm USP*; v. 41(Esp), p.:765-70, 2007.

VANDERPLAAT, M. **Direitos humanos: uma perspectiva para a saúde pública.** *Saúde e direitos humanos.* Brasília: Ministério da Saúde, 2004.