

## A Saúde Feminina e as Doenças Sexualmente Transmissíveis

Mirian Santos Paiva\*

Regina Lúcia Mendonça Lopes\*\*

A década de 80 foi muito promissora no que diz respeito às conquistas no campo da saúde. A tão esperada Reforma Sanitária aconteceu. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) ganhou forma e trouxe, para o âmbito do governo, as propostas e as expectativas do movimento organizado de mulheres. Deu um novo delineamento à política de atenção à saúde dessa parcela da população e alterou, sensivelmente, a visão que os programas nesta área tinham sobre o corpo e a saúde feminina. Pela primeira vez, as mulheres reúnem-se numa Conferência Nacional de Saúde da Mulher na qual os debates caminharam na busca de um dimensionamento das ações de saúde. A Carta Constitucional de 1988 rompeu com o modelo de política social das décadas anteriores, colocou os direitos sociais como universais e estabeleceu a saúde como direito do cidadão (Art. 196):

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (p.102)

Os anos 90 trazem outras conquistas políticas, todavia, as mesmas permitiram a adoção do neoliberalismo, onde o que predomina é um baixo investimento na área dos direitos sociais. O setor saúde não fica de fora. A consequência deste fato é a deterioração do sistema público de saúde e o afastamento dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao olharmos as políticas públicas de atenção à saúde, nos deparamos com serviços sucateados e programas funcionando precariamente, a exemplo do PAISM, que embora tenha representado um avanço importante do ponto de vista da formulação, foi

implantado nacionalmente de forma fragmentada e diferenciada, não conseguindo pois, a mudança esperada nos padrões de atendimento à população feminina.

A lógica que ora perpassa a formulação das políticas de saúde por parte do Estado, segue indiferente ao conteúdo das propostas produzidas e aprovadas na década anterior, categorizada por programas para grupos-alvo e respaldada em critérios biologicistas de normalidade / anormalidade. O modelo assistencial é centrado na doença, sem estabelecer as relações entre saúde - doença e estrutura social, e, desta forma, acaba omitindo a especificidade sociocultural oriunda dos contextos sociais, nos quais estão inseridos indivíduos e coletividade.

Esse modelo de atenção, que privilegia o cuidado com a doença manifesta nos corpos dos indivíduos, acaba por provocar a redução da ação em saúde, conferindo-lhe um caráter curativo e normativo. O que é ratificado por MANDÚ (1995: 13) ao referir que "a prática médica dirige-se para o corpo, não para descobrir regularidades ou irregularidades biológicas definidas pelo campo científico, mas para obter resultados segundo normas instauradas socialmente".

Todavia, ao tomar o corpo como parâmetro de ações no processo de saúde - doença, é preciso não esquecer, conforme salienta RODÓ (1994: 81), que

el conocimiento y experiencia que los seres humanos tienen de su cuerpo es una realidad compleja, determinada tanto por factores biológicos y psíquicos, como por el contexto histórico y social.

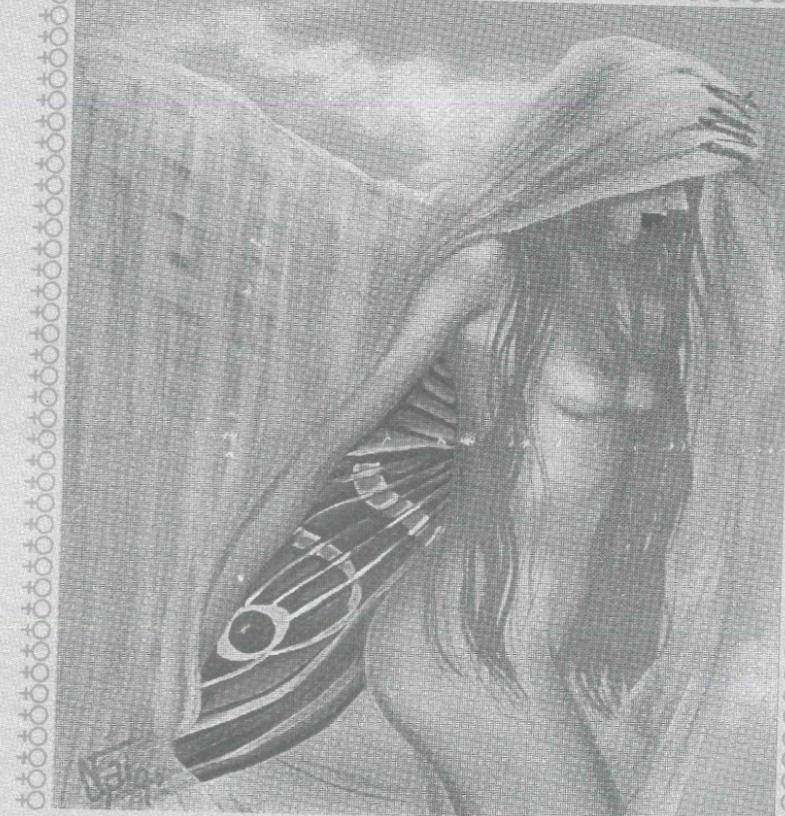
Segue ainda esta autora, dizendo que a definição e o uso do corpo são aprendidos e regulados socialmente e que

prescriben respecto al cuerpo las instituciones de control (médicas, educacionales, de recreación), la tradición, las costumbres y los hábitos relacionados con la higiene, la sexualidad, y la alimentación, etc. El cuerpo posee de esta forma un estatus objetivo: es un producto dotado de sentido, un instrumento simbólico, una suerte de construcción biológica de la realidad hecha por las sociedades (p.85).

Ao considerar o caráter social do corpo, RODÓ (1994), a partir dos conceitos de JORDELET, ressalta que no caso da mulher é expressivo o peso das normas, valores e estereótipos referentes à sua condição de gênero e, como objeto privado, o corpo é a fonte principal de vivências pessoais diretas, tais

## Mulher: Liberdade

ouse



transe

## Camisinha

CENTRO  
DA MULHER  
8 DE MARÇO

RUA EURÍPEDES TAVARES, 289 - CENTRO  
TELEFAX: (083) 221.6723

como: doenças, dores, violência, sexualidade e trabalho. Neste sentido, expressa a posição de subordinação da mulher dentro de uma visão patriarcal, principalmente nas mulheres das classes populares.

Outra perspectiva usada pela sociedade para olhar o corpo da mulher é a que parte de sua função reprodutora, destacando no seu ciclo vital o período gravídico-puerperal e deixando de lado a valorização de todo o seu corpo e sua sexualidade não-reprodutiva. Esta identidade com a maternidade, aliada à condição da mulher na sociedade, torna mais difícil a tarefa de compreender a complexidade das questões relacionadas ao comportamento sexual, já que este guarda relação com a reprodução e os papéis de gênero.

#### O recrudescimento das doenças sexualmente transmissíveis e o surgimento da Aids

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) talvez sejam as enfermidades mais antigas, encontrando-se descritas na Bíblia e sendo detectadas nas múmias do Egito. Todavia, por todo este tempo carregam consigo tabus, pois, como o nome indica, são sexualmente transmitidas e a sexualidade humana é, na sociedade ocidental judaico cristã, carregada de normas, valores morais religiosos e culturais.

SHOWALTER (1993), ao analisar o sexo e a cultura no final do século passado, destaca que as doenças sexualmente transmissíveis geravam pânico moral e eram resultantes das transgressões sexuais.

BIRMAN (1994) também identifica uma relação com valores morais, quando diz que as doenças sexualmente transmissíveis surgem no imaginário social como uma norma heterossexual, definida socialmente e inquestionável:

**O atendimento aos portadores de DST até 1978 era realizado exclusivamente em ambulatórios especiais por dermatologistas, forma esta que reforçava a situação estigmatizante a que era exposta a clientela.**

... para as chamadas doenças venéreas a norma social enfatizada era a das "ligações perigosas" e dos prazeres "extra conjugais" ... e a prostituição era necessária ... para à reprodução social e dos bons costumes. (p.12)

A conduta sexual exerce influência na propagação das doenças de transmissão sexual e é determinada por fatores culturais, como por exemplo, o início precoce da atividade sexual, a aceitação social da multiplicidade de parceiros, particularmente para os homens, entre outros comportamentos tão presentes no mundo moderno, independentemente do desenvolvimento do país.

Nos países em desenvolvimento as DST, por muitos anos, figuraram entre as cinco categorias de enfermidades que mais justificavam a busca de serviços médicos, posição esta que se reflete em sua inserção no sistema de saúde como problema de real importância juntamente com outros graves problemas sociais.

Até a década de 50, as doenças sexualmente transmissíveis foram responsáveis pelas mortes de homens e mulheres e somente com o advento dos antibióticos foi possível controlá-las, obter a cura e fazer desaparecer seqüelas. Tal situação fez com que, nas décadas posteriores, fossem epidemiologicamente consideradas de baixa incidência. Esta falsa certeza levou à desativação de programas. Com isso, os profissionais passaram a ter pouco contato com as DST, deixando de preconizar a prevenção e reduzindo as condições de diagnóstico precoce, pois já não se defrontavam com complicações e seqüelas, a não ser através da história registrada pelos livros. A falta de serviços específicos fez com que portadores reincidentes assumissem a conduta da automedicação, determinando a resistência por parte dos microrganismos aos antibióticos.

O atendimento aos portadores de DST até 1978 era realizado exclusivamente em ambulatórios especiais por dermatologistas, forma esta que, como bem ressalta VALLE (1995), reforçava a situação estigmatizante a que era exposta a clientela. A partir da década de 80, o governo, preocupado com o aumento de sua incidência, cria, através do Ministério da Saúde, normas de controle e profilaxia, cabendo destaque para a educação em saúde dirigida às prostitutas e aos homossexuais e adolescentes. Recomenda ainda o Ministério que o atendimento seja realizado nos ambulatórios de clínica geral, afastando-se, assim, a necessidade de encaminhamen-

to a especialistas, bem como o condicionamento do início do tratamento ao diagnóstico laboratorial.

Estudo realizado por NASCIMENTO, PAIVA e FERREIRA (1995), identificou que o atendimento às mulheres em serviços públicos de saúde em Salvador contempla o controle das DST, pois este é sempre realizado em unidades que assistem o pré-natal (78,2%), o planejamento familiar (76,5%) e a prevenção do câncer ginecológico (73,3%).

A descentralização do atendimento das DST significou um avanço em relação à defesa da abordagem sindrômica. Esta consiste em uma avaliação terapêutica e de aconselhamentos imediatos com base em um conjunto de sinais e sintomas clínicos para síndromes e enfermidades relacionadas às DST, tais como: úlcera genital, corrimento uretral, vaginal e/ou cervical, doença inflamatória pélvica, sífilis, condiloma acuminado e oftalmia gonocócica.

Embora a abordagem sindrômica reflita um comprometimento nos esforços de controle das DST, pois contribui para a prevenção de seqüelas e de futuras transmissões, ela não foi amplamente adotada pelos profissionais de saúde e, só agora, a partir de meados dos anos 90, é que começa a ser incorporada na prática assistencial dos serviços públicos de saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou, para 1995, a incidência global de 333 milhões novos casos de certas DST curáveis - gonorréia, infecção por clamídia, sífilis e tricomoníase. A prevalência e a incidência dessas doenças, elevadas nos países em desenvolvimento, constituem-se na segunda causa de perda de vida saudável entre as mulheres de 15 a 45 anos, sendo precedida apenas pela morbi-mortalidade materna (DALLABETTA et al., 1997).

Como os dados dos países em desenvolvimento são mais limitados, essas autoras ressaltam a estimativa feita pela OMS na qual uma em cada 20 adolescentes contrai uma DST por ano, tendo como fatores: iniciação sexual precoce, multiplicidade de parceiros (tanto seqüencialmente quanto concomitantemente), dificuldades relativas ao uso e à aquisição de preservativos e espermaticidas por razões econômicas e sociais, falta de conhecimento e normas restritivas dos serviços médicos.

No Brasil, dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 1997) indicam 504.219 casos notificados no período

de 1987 a 1996. Abstrai-se ainda destes dados que a uretrite não-gonocócica (28,48%), a sífilis adquirida (28,30%) e a gonorréia (27,68%) são as enfermidades de mais alta prevalência. A região Nordeste detém o segundo lugar em casos notificados (20,26%) e a Bahia destaca-se em primeiro lugar (35,48%) entre os estados nordestinos e o quinto entre os demais.

A sífilis adquirida é responsável por 32,40% dos casos nordestinos de DST e na Bahia corresponde a 52,07% das notificações. A sífilis congênita, que até há pouco tempo parecia estar controlada, vem recrudescendo ano a ano e, em 1996, alcançou, na Bahia, a constituir 7,45% dos casos de todas as outras formas de sífilis (BAHIA, 1996a).

As DST mais freqüentes em Salvador são, em ordem de ocorrência, o condiloma acuminado, a sífilis e a gonorréia, destacando-se os dois últimos na população feminina, enquanto que para os homens, e a gonorréia e a uretrite (BAHIA, 1995).

A trajetória das DST sempre apresentou dados expressivos que necessitavam de ações governamentais firmes, tanto para a prevenção quanto para o diagnóstico e tratamento. Todavia, elas eram marginalizadas dentro do planejamento das ações de saúde, até que, na década de 80, o mundo é surpreendido por uma doença desconhecida e grave, pois destruiu o sistema imunológico daqueles a que acometia, matando em pouco tempo.

Surgia então, como mais uma DST viral, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Somou-se às já existentes, tais como as relacionadas ao vírus do papiloma, da herpes simples e da hepatite B, que, além de não terem cura e serem de difícil controle, apresentam conseqüências graves como o câncer cévico-uterino e altas taxas de mortalidade. A hepatite B é responsável pela segunda maior taxa de mortalidade, sendo a AIDS a primeira.

A AIDS trouxe consigo o preconceito, a discriminação, pois, inicialmente, era identificada como uma doença de transmissão sexual ligada às atividades homossexuais masculinas. A partir do crescimento do número de casos, da sua presença nos cinco continentes e do aparecimento de outras formas de transmissão que não a sexual, a epidemia tomou uma dimensão social, diminuindo o seu estigma.

A transmissão sexual, na década de 80, ficou escamoteada pela forma homossexual, sendo a

transmissão heterossexual vista como consequência da bissexualidade masculina ou da parceria com homens drogados ou hemofílicos. A AIDS em mulheres assume, assim, o mesmo caráter de invisibilidade e de silêncio das demais DST.

Somente no início da década de 90, é que os estudos começam a apontar o crescimento da AIDS em mulheres por transmissão heterossexual e o consequente deslocamento dos padrões de disseminação para a feminilização da epidemia. KIAREINI (1990), em um destes estudos, alertava, com base nos dados disponíveis à época, ser possível estimar que, em meados dos anos 90, as taxas da infecção em mulheres alcançariam os mesmos índices dos homens infectados.

Como na maioria das outras DST, estão acometidas pela AIDS mulheres monogâmicas, que têm acesso ao preservativo e que conhecem a transmissão heterossexual do HIV, porém, não possuem o poder de controlar o comportamento sexual de seus parceiros. Por tudo isso, a vulnerabilidade à AIDS não pode ser visto como risco exclusivo de alguns grupos, mas de todas as pessoas, independentemente do sexo e da opção sexual.

O Brasil, como outros países, vem experimentando um deslocamento do padrão homossexual / bissexual para o heterossexual, em que as notificações de mulheres e crianças infectadas se fazem cada vez mais presentes.

A proporção entre homens e mulheres vem se estreitando a cada ano. Dados do Ministério da Saúde mostram que ela passou de 1:121 em 1984 para 1:28 em 1986, 1:7 em 1990 e 1:3 em 1996.

Dados sobre AIDS na Bahia, constantes numa série histórica referente ao período de 1984 a 1996, exprimem uma proporção entre os casos masculinos e

**O Brasil, como outros países, vem experimentando um deslocamento do padrão homossexual / bissexual para o heterossexual, em que as notificações de mulheres e crianças infectadas se fazem cada vez mais presentes.**

femininos de 1: 4. Com relação à transmissão sexual no Estado, verifica-se que o maior número de casos está concentrado na transmissão heterossexual (29,46%), seguida da homossexual (27,18%) e, por último, da bissexual (17,02%) (BAHIA, 1996). A Bahia ocupa o primeiro lugar em casos notificados para o Nordeste, e Salvador apresenta uma taxa de incidência de 69/100.000 habitantes (BRASIL, 1996).

#### As mulheres e as DST/AIDS

As mulheres foram surpreendidas pela chegada da AIDS, embora de há muito já convivessem com as demais DSTs, pois ainda era muito recente a conquista dos direitos sexuais e dos direitos às diferenças subjetivas obtida nos anos 60.

Essas conquistas foram fruto de desenvolvimento dos movimentos sociais, que elegeram a liberdade como sua bandeira de luta e, consequentemente, a liberdade sexual, que passa a ser expressa pelas mulheres a partir da descoberta da pílula anticoncepcional.

Como baluarte dessas lutas destaca-se o movimento feminista, que toma corpo na década de 70 e desnuda o processo de submissão e opressão que era imposto às mulheres, buscando desviar o eixo de valorização da sua função reprodutora para o direito ao exercício da sexualidade, do prazer e do conhecimento dos seus próprios corpos.

As repercussões desse movimento nos mostram que as mulheres melhoraram a compreensão sobre si mesmas, rediscutiram seus papéis e invadiram o mercado de trabalho, embora com oportunidades, direitos e deveres diferentes. Ainda continuam lutando contra as relações desiguais que vivenciam com os homens numa sociedade que as discrimina sob várias óticas, quais sejam, gênero, classe e raça e que lhes impõe a responsabilidade da reprodução.

Embora sejam significativas estas conquistas, observa-se, no que diz respeito às doenças sexualmente transmissíveis, uma assimetria entre os gêneros, que coloca a mulher em uma situação particularmente vulnerável, pois as dificuldades na prevenção estão relacionadas, direta ou indiretamente, à forma como se conformam os padrões culturais que moldam as construções sociais dos gêneros masculino e feminino. Isto faz com que as adolescentes e

mulheres adultas sofram com as DST/AIDS, não em razão do seu comportamento sexual, mas sim em razão do comportamento sexual de seus parceiros.

Para NASCIMENTO (1997) a ocorrência das afecções do trato genital feminino sofre influência das condições culturais, sociais e econômicas, em cuja trama são construídas as relações hierárquicas de gênero que se manifestam no modo de construção da sexualidade.

A conformação biológica das mulheres torna-as mais vulneráveis às infecções transmitidas sexualmente, fazendo com que seja maior o seu impacto sobre a saúde das adolescentes e das mulheres adultas. Uma mulher sadia tem maior possibilidades de que um homem de contrair uma DST, ao ter contato com um companheiro infectado. Da mesma forma, são também mais graves as consequências a longo prazo, como dor pélvica crônica, infecção recorrente do aparelho genital superior, gravidez ectópica, câncer do colo uterino e infertilidade.

Essas infecções nas mulheres, geralmente são assintomáticas, não gerando portanto a procura de tratamento, e quando elas apresentam algum sintoma, têm pouco acesso aos serviços de saúde.

Por outro lado, algumas mulheres podem passar boa parte de suas vidas com algum tipo de infecção genital sem procurar tratamento. As justificativas para este comportamento estão relacionadas à falta de informação; ao fato de não considerarem que o cuidado com a saúde é algo importante; ao medo de prejudicarem suas relações com os parceiros, pois estes podem atribuir-lhes um comportamento promíscuo - mesmo que sejam eles os transmissores da infecção - ao fato de que as queixas feitas aos profissionais de saúde não são investigadas e devidamente tratadas ou, finalmente, porque o fluxo vaginal e a dor pélvica são aceitos como parte inevitável da feminilidade por algumas culturas.

A conduta de homens e mulheres frente às DST/AIDS está diretamente relacionada ao controle do comportamento sexual e, como refere PAIVA (1996), este controle "é muito complexo e difícil, principalmente porque implica em influir em hábitos, representações e atitudes que estão na esfera privada".

Sabe-se que a prevenção das DST/AIDS está restrita ao acesso ao conhecimento e à adoção de práticas de sexo seguro. Porém, se forem comparadas as possibilidades e dificuldades que cada sexo tem para implantar a prevenção, em particular as mulhe-

res, percebe-se que elas são diferentes, na medida em que o uso do condom, que é um método eficaz, passa por um processo de negociação com o parceiro.

Nesse entendimento, prevenir DST/AIDS envolve não só o resgatar do conhecimento do corpo, do prazer e da sexualidade sem perigo, mas também a confirmação de identidades.

#### Considerações finais

Várias questões do mundo contemporâneo são trazidas à tona pelas DST/AIDS, destacando-se entre elas aquelas ligadas à equidade entre os sexos e seus comportamentos na sociedade. Entretanto, é preciso não esquecer que a mudança de comportamento da população não é tarefa fácil, muito menos quando ela diz respeito ao comportamento sexual. Este implica decisões que não podem ser isoladas das relações sociais e culturais que regem o comportamento humano.

No controle das DST/AIDS é essencial a construção de uma infra-estrutura das instituições de saúde que ofereça serviços de cuidados primários, de assistência pré-natal e de planejamento familiar, fornecendo um atendimento eficaz e não-estigmatizante e reconhecendo a importância da prevenção das infecções e privilegiando a perspectiva de gênero.

Nem sempre as mulheres que são portadoras de DST/AIDS são as mais expostas ao risco, mas, em geral, são aquelas com menor poder de questionamento sobre o comportamento do parceiro e, desconhecedoras das práticas de risco, revelam uma condição de submissão que traz como uma das consequências sua contaminação. Portanto, educar homens e mulheres sobre DST/AIDS, levando em consideração a perspectiva de gênero, tornando as mulheres, neste processo educativo, aptas para enfrentar as relações de dominação-exploração, com certeza fortalecerá o papel da mulher na sociedade e lhe trará maiores opções para prevenção destas enfermidades.

#### Referências Bibliográficas:

BAHIA. Secretaria da Saúde/DIVEP. *Casos notificados de sífilis congênita e todas as formas*, 1996a.

BAHIA. Secretaria da Saúde/DIVEP. *Casos notificados de AIDS*, 1996b.

- UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Instituto de Saúde Comunitária. *Proposta de treinamento / capacitação e campanhas educativas na área de saúde da mulher com ênfase no controle das DST / AIDS em Salvador - Ba*, 1995, 16p.
- BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO / AIDS. Ministério da Saúde, v. 9, n. 3, jun./ago. 1996. 31 p.
- BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO / DST . Ministério da Saúde, v. 3, n. 2, jan./mar. 1997, 16 p.
- BRASIL. *Constituição*. Rio de Janeiro: Bloch, 1988, 40p.
- BIRMAN, Joel. A sexualidade entre o mal e as maledicências. In : LOYOLA, Maria Andréa et al. (org.) - *AIDS e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas* Rio de Janeiro: Relume Dumará / UERJ, 1994, p.109-115.
- DALLABETA, Gina., LAGA, Marie., LAMPTEY, Peter. (org.). *Controle de doenças sexualmente transmissíveis: manual de planejamento e coordenação de programas*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora / Associação Saúde da Família, 1997, 325 p.
- KIEREINI, E. M. AIDS impact on women and children in Africa. *International Nursing Review*, v. 37, p. 373-376, 1990.
- MANDÚ, Edir Nei Teixeira. *Saúde no olhar de mulheres: afirmação e negação do saber e prática dominantes no campo médico*. Ribeirão Preto: USP, 1995, 187p.
- NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. PAIVA, Mirian Santos; FERREIRA, Silvia Lúcia. *O atendimento às mulheres em serviços públicos de Salvador*. Salvador : NEIM, 1995, 87p.
- NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. *Indicadores de gênero para assistência de enfermagem às mulheres*. Ante projeto de tese de doutorado apresentado ao Programa de Doutorado da EEAN / UFRJ, 1997, 35p.
- PAIVA, Mirian Santos. *Vivenciando a gravidez e experienciando a soropositividade para AIDS*. Ante Projeto de Tese de Doutorado apresentado ao Programa da Doutorado da EEUSP, 1996, 30 p.
- RODÓ, Andréa. El cuerpo ausente. *Debate feminista*. (Cuerpo y política) . ão 5, v.10, p.81 - 94, set. , 1994.
- SHOWALTER, Elaine. *Anarquia sexual: sexo e cultura no fin-de-siècle*. Trad. Waldéa Barcellos. Rio de Janeiro : Rocco, 1993, p. 245 - 270.

---

\*Mirian Santos Paiva é profª Adjunto IV do Depto. de Enfermagem Comunitária da EEUFBA. Pesquisadora do Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher - GEM. Doutoranda de Enfermagem da EEUSP.

\*\*Regina Lúcia Mendonça Lopes é profª Adjunto I do Depto. de Enfermagem Comunitária da EEUFBA. Coordenadora do Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher - GEM. Doutora em Enfermagem /UFRJ.