

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**LEILA ALCINA CORREIA VAZ BUSTORFF**

**O CONCEITO DE GÊNERO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS  
QUE ORIENTAM ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER:  
revisão integrativa da literatura.**

**JOÃO PESSOA - PB**

**2010**

LEILA ALCINA CORREIA VAZ BUSTORFF

**O CONCEITO DE GÊNERO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS QUE  
ORIENTAM ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER:  
revisão integrativa da literatura**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba - UFPB, vinculada à Linha de Pesquisa Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem na área de Concentração Enfermagem na Atenção à Saúde.

ORIENTADORA: Prof<sup>ra</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cláudia Maria Ramos Medeiros Souto

JOÃO PESSOA - PB

2010

B982c

Bustorff, Leila Alcina Correia Vaz.

O conceito de gênero nas políticas públicas que orientam atenção à saúde da mulher: revisão integrativa da literatura/ Leila Alcina Correia Vaz Bustorff.- João Pessoa, 2010.

165f. : il.

Orientadora: Cláudia Maria Ramos Medeiros Souto.

Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS.

1.Enfermagem. 2.Políticas públicas de saúde – Avaliação. 3. Saúde – Mulher.  
4.Gênero.

UFPB/BC

CDU : 616-083(043)

LEILA ALCINA CORREIA VAZ BUSTORFF

**O CONCEITO DE GÊNERO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS QUE  
ORIENTAM ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER:  
revisão integrativa da literatura**

Aprovada em: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2010

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cláudia Maria Ramos Medeiros Souto – Orientadora/UFPB

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Solange Fátima Geraldo da Costa – Membro/UFPB

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria de Oliveira Ferreira Filha – Membro/UFPB

---

Prof. Dr.– Eduardo Sérgio Soares Sousa – Membro Externo

*Aos meus pais, Noel e Fátima, por serem os meus maiores apoiadores, acreditando no meu potencial e se alegrando com cada conquista por mim alcançada. Dedico.*

## AGRADECIMENTOS

A **Deus** por sempre estar ao meu lado, me capacitando, me fortalecendo a contornar todas as dificuldades e conquistar mais essa vitória.

A **Fabrcio**, meu noivo, por todo amor, compreens3o, pelos estmulos e por compartilhar de cada minuto dessa conquista.

A minha famlia e amigos, em especial **meus irm3os Tatiana e Noel** por serem um referencial de compet4ncia e determina3o e **meus cunhados Cl3udio e Renata** pelas palavras e gestos de incentivo e carinho.

Aos meus amados av3s **Vov3 Bustorff (in mem3ria)** e **Vov3 Alcina** por todo o amor, companheirismo e apoio.

A minha orientadora, **profa. Dra. Cl3udia Maria Ramos Medeiros Souto**, por estar ao meu lado contribuindo com a constru3o deste trabalho e na forma3o do meu conhecimento.

Aos professores, **Prof.ª. Dr.ª. Solange F3tima Geraldo da Costa, Prof.ª. Dr.ª. Maria de Oliveira Ferreira Filha, Prof. Dr. Eduardo S3rgio Soares e Prof.ª. Dr.ª. Maria das Gra3as Melo**, membros da banca examinadora, pelas valiosas contribu33es para a conclus3o desse trabalho.

Aos colegas do **GEPSAM (Grupo de Estudo, Mulher e G4nero)** pelos momentos compartilhados.

A **Bruna, La3s e Smalyanna**, meu muito obrigado pela contribu33o na coleta de dados e na constru3o e an3lise dos gr3ficos e pela amizade constru3da ao longo desse processo.

Aos **meus amigos** do mestrado pela amizade constru3da e por me impulsionaram a superar dificuldades.

A minha amiga, **Verbena**, com quem compartilhei conhecimento, dificuldades e alegrias.

À coordena3o do Mestrado, na pessoa da **profa. Dra. Ant3nia Oliveira Silva**, pela oportunidade de participar do GIEPERS, pela contribu33o e incentivo no gosto pela pesquisa.

À **profa. Dra. Regina Rodriguez B3tto Targino**, pela amizade e pelo apoio ao longo dessa caminhada.

Ao **CNPQ** pelo financiamento e contribu33o na elabora3o desta pesquisa.

Ao coordenador da **CAPES**, pelo apoio financeiro que me permitiu total dedica3o aos estudos.

Por fim, a todos que de alguma maneira me incentivaram a conclus3o deste trabalho.

*Todas as coisas cooperam para o bem daqueles  
que amam a Deus.*

*(Romanos 8:28)*

BUSTORFF, Leila Alcina Correia Vaz. **O conceito de gênero nas políticas públicas que orientam atenção à saúde da mulher: Revisão integrativa da literatura.** 2010. 165p. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB, 2010.

## RESUMO

Pretendeu-se analisar através dessa revisão integrativa da literatura os conceitos de gênero nas políticas de atenção a saúde da mulher, publicadas pelo Ministério da Saúde, no período de 1980 a 2000. A questão da abordagem do conceito de gênero nas políticas públicas para as mulheres redimensiona o modo de conceber mulheres e homens, suas relações sociais, familiares e conjugais, com repercussões no entendimento das questões de saúde, da rede de serviços e da atenção à saúde propriamente dita. Os documentos foram selecionados através de consultas a materiais disponibilizados pela base de dados do Ministério da Saúde. A escolha dos documentos deu-se mediante critérios de inclusão e exclusão. Após sua aplicação a amostra foi composta por 93 materiais oficiais da área da Saúde da Mulher publicados pelo Ministério da Saúde, no período de 1980 a 2000 e categorizados numa tabela em ordem cronológica. Os dados coletados vinculados ao tema e as estratégias de análises foram coletados mediante um formulário impresso previamente elaborado e os dados analisados quanti e qualitativamente. Os resultados apontaram na análise quantitativa que do total da amostra, 16 (17,2%) foram publicados na década de 1980, 18 (19,35%) na década de 1990 e 59 (63,45%) na década de 2000. A distribuição dos materiais nas três décadas, segundo abordagem do conceito de gênero, foram, respectivamente, 09 (representando 9,67% do total da amostra) na década de 1980, 12 (12,90%) na década de 1990, e 41 (44,08%) na década de 2000, totalizando 66,65% da amostra total. Observa-se, a partir destes resultados, uma tendência ascendente quanto à abordagem do conceito de gênero nas publicações oficiais voltadas à saúde da mulher, nas últimas três décadas. A análise qualitativa apontou que o conceito de gênero foi construído ao longo dos anos permeado por diversas temáticas que, para melhor compreensão, foram catalogadas em duas categorias centrais: a primeira denominada *Padrões culturais dominantes e a evolução do conceito de gênero*, e suas subcategorias: *Construção biológica das diferenças entre os sexos (a diferença sexual); construção social das diferenças entre os sexos – Concepção relacional de gênero; Concepção intragênero e a interseccionalidade com raça, etnia, orientação sexual, geração e renda e Gênero e Masculinidade*. A segunda Categoria Central denomina-se *relações de gênero e as repercussões na saúde das mulheres* e, emergiram quatro subcategorias: *Violência de gênero; Saúde sexual e reprodutiva – responsabilização feminina; Adoecimento e morte e divisão sexual do trabalho e feminização da pobreza*. O crescente crescimento da participação das mulheres nas relações sociais que envolvem tanto a esfera privada como pública, conduz as políticas a um novo olhar sobre as mulheres e os homens, articulado com a categoria de gênero. Percebeu-se que os órgãos governamentais que publicam e fornecem materiais no campo da saúde da mulher vão aos poucos incorporando as relações de gênero em suas produções literais, auxiliando assim a compreensão das relações entre mulheres e homens e suas articulações com as questões de saúde. Neste sentido, espera-se que a transversalidade do conceito de gênero favoreça a ampliação de ações que fortaleçam o empoderamento das mulheres para o enfrentamento das questões relacionadas à construção histórica de sua submissão, entre as quais as questões da saúde.

Descritores: Avaliação das políticas públicas de saúde; Políticas públicas de atenção à saúde da mulher; Gênero.

BUSTORFF, Leila Alcina Correia Vaz. **The concept of gender in public policies that guide attention to women's health: an integrative literature review.** 2010. 165p. Thesis (Masters) - Centre for Health Sciences, Federal University of Paraíba, João Pessoa / PB, 2010.

### ABSTRACT

It was intended to look through this integrative literature review the concepts of gender in policy attention to women's health, published by the Ministry of Health, from 1980 to 2000. The question of approach to the concept of gender in public policies for women reshapes the way of conceiving women and men, their social relationships, family and marital, with repercussions on the understanding of health issues, network services and proper health care said. The documents were selected by consulting materials available from the database of the Ministry of Health. The choice of documents took place through the inclusion and exclusion criteria. After its application to sample consisted of 93 official materials of the area of Women's Health published by the Ministry of Health, from 1980 to 2000 and categorized in a table in chronological order. The data collected related to the issue and strategies for analysis were collected through a pre-printed form prepared and data were analyzed quantitatively and qualitatively. The results showed that quantitative analysis of the total sample, 16 (17.2%) were published in the 1980s, 18 (19.35%) in the 1990s and 59 (63.45%) in the 2000s. The distribution of materials in three decades, addressing the second concept of gender, were respectively 09 (representing 9.67% of total sample) in the 1980s, 12 (12.90%) in the 1990s, and 41 (44.08%) in the 2000s, totaling 66.65% of the total sample. It is observed from these results, an upward trend on the approach of the concept of gender in official publications focused on women's health for three decades. Qualitative analysis showed that the concept of gender has been constructed over the years by various themes that permeated to better understanding, have been classified into two main categories: the first called dominant cultural patterns and the evolution of the concept of gender and their sub-categories: Construction biological differences between sexes (sexual difference), the social construction of gender differences - gender relational design, Design and intrageneric intersectionality with race, ethnicity, sexual orientation, and income generation and Gender and Masculinity. The second category is called central gender relations and the impact on women's health, and emerged four subcategories: Gender Violence, Sexual and reproductive health - empowerment of women; Illness and death and the sexual division of labor and the feminization of poverty. The increasing growth of women's participation in social relations involving both the private and public policies leading to a new perspective on women and men, combined with the gender category. It was felt that government agencies that publish and provide materials in the field of women's health will gradually incorporating gender relations in their literary production, thus assisting the understanding of relationships between women and men and their links to health issues. In this sense, it is expected that the mainstreaming of gender concept promotes the expansion of actions to strengthen women's empowerment to address issues related to the historical construction of your submission, including health issues.

Descriptors: Evaluation of public health policies, public policy attention to women's health, Gender.

BUSTORFF, Leila Alcina Vaz Correia. **El concepto de género en las políticas públicas que se preste la guía para la salud de las mujeres:** una revisión integradora de la literatura. 2010. 165P. Tesis (Maestría) - Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa / PB, 2010.

## RESUMEN

La intención era buscar a través de esta integrada de la literatura revisar los conceptos de género en la atención de las políticas de salud de la mujer, publicado por el Ministerio de Salud, de 1980 a 2000. La cuestión de la aproximación al concepto de género en las políticas públicas para las mujeres cambia el tamaño de la forma de concebir las mujeres y los hombres, sus relaciones sociales, familiares y matrimoniales, con repercusiones en la comprensión de los problemas de salud, servicios de red y atención médica adecuada, dijo. Los documentos fueron seleccionados por los materiales de consulta disponibles en la base de datos del Ministerio de Salud. La selección de los documentos se llevó a cabo a través de los criterios de inclusión y exclusión. Después de su aplicación a la muestra estuvo conformada por 93 materiales oficiales del área de Salud de la Mujer, publicado por el Ministerio de Salud, de 1980 a 2000 y clasificados en una tabla en orden cronológico. Los datos recogidos relacionado con el tema y estrategias para el análisis fueron recogidos a través de un formulario de pre-impresos preparados y los datos fueron analizados cuantitativa y cualitativamente. Los resultados mostraron que el análisis cuantitativo de la muestra total, 16 (17,2%) se publicaron en la década de 1980, 18 (19,35%) en la década de 1990 y 59 (63,45%) en la década de 2000. La distribución de los materiales en tres décadas, dirigiéndose al segundo concepto de género, fueron, respectivamente, 09 (que representan 9,67% del total de la muestra) en la década de 1980, 12 (12,90%) en la década de 1990, y 41 (44,08%) en la década de 2000, un total de 66,65% de la muestra total. Se observa a partir de estos resultados, una tendencia al alza en el enfoque del concepto de género en las publicaciones oficiales se centró en la salud de la mujer durante tres décadas. El análisis cualitativo mostró que el concepto de género se ha construido durante años por diversos temas que impregnó a una mejor comprensión, se han clasificado en dos categorías principales: la primera llamada patrones culturales dominantes y de la evolución del concepto de género y sus sub-categorías: Construcción las diferencias biológicas entre los sexos (la diferencia sexual), la construcción social de las diferencias de género - Diseño relacional de género, Diseño y interseccionalidad intragenérica con la raza, etnia, orientación sexual, y la generación de ingresos y de género y masculinidad. La segunda categoría se llama el centro de las relaciones de género y el impacto en la salud de la mujer, y salió cuatro subcategorías: la violencia de género, salud sexual y reproductiva - la potenciación de la mujer; enfermedad y la muerte y la división sexual del trabajo y la feminización de la pobreza. El crecimiento cada vez mayor de participación de la mujer en las relaciones sociales que involucran tanto a las políticas privadas y públicas que conducen a una nueva perspectiva sobre las mujeres y los hombres, en combinación con la categoría de género. Se consideró que los organismos gubernamentales que publicar y ofrecer materiales en el ámbito de la salud de la mujer poco a poco la incorporación de las relaciones de género en su producción literaria, contribuyendo así a la comprensión de las relaciones entre mujeres y hombres y su relación con las cuestiones de salud. En este sentido, se espera que La incorporación del concepto de género, promueve El desarrollo de acciones para fortalecer el empoderamiento de las mujeres para abordar las cuestiones relacionadas con la construcción histórica de su presentación, incluidas las cuestiones de salud.

## LISTA DE QUADROS

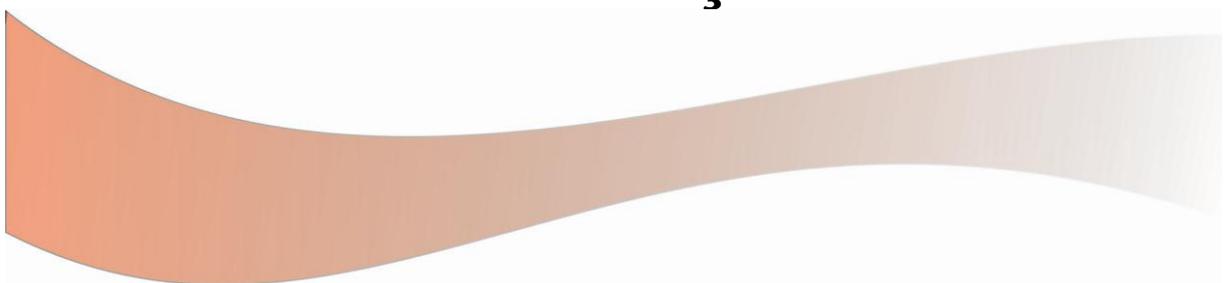
<b>Quadro 1.</b> Materiais oficiais do Ministério da Saúde inseridos na subcategoria 1.1 - Construção biológica das diferenças entre os sexos ( <i>a diferença sexual</i> ).....	65
<b>Quadro 2.</b> Materiais oficiais do Ministério da Saúde inseridos na subcategoria 1.2 - Construção social das diferenças entre os sexos – Concepção relacional de gênero .....	76
<b>Quadro 3.</b> Materiais oficiais do Ministério da Saúde inseridos na subcategoria 1.3 - Concepção intragênero e interseccionalidade com raça/ etnia, orientação sexual, geração, classe social e renda.....	87
<b>Quadro 4.</b> Materiais oficiais do Ministério da Saúde inseridos na subcategoria 1.4 - Gênero e masculinidade.....	111
<b>Quadro 5.</b> Materiais oficiais do Ministério da Saúde inseridos na subcategoria 2.1 - Violência de gênero .....	120
<b>Quadro 6.</b> Materiais oficiais do Ministério da Saúde inseridos na subcategoria 2.2 - Saúde sexual e reprodutiva: responsabilização feminina.....	127
<b>Quadro 7.</b> Materiais oficiais do Ministério da Saúde inseridos na subcategoria 2.3 - Gênero e as repercussões na saúde: adoecimento e morte.....	134
<b>Quadro 8.</b> Materiais oficiais do Ministério da Saúde inseridos na subcategoria 2.4 - Divisão sexual do trabalho e feminização da pobreza.....	140

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS ACERCA DA TEMÁTICA .....	13
1.2 OBJETIVO DO ESTUDO .....	18
1.2.1 Objetivo Geral .....	18
1.2.2 Objetivos Específicos .....	18
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	19
2.1 A CATEGORIA DE GÊNERO.....	20
2.2 A SITUAÇÃO ATUAL DA MULHER NO BRASIL.....	24
2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER NO BRASIL: UM BREVE HISTÓRICO.....	28
2.4 O PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (PAISM) E OUTRAS ESTRATÉGIAS POLÍTICAS DIRECIONADAS À SAÚDE DAS MULHERES .....	32
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	42
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	43
3.2 O ESTABELECIMENTO DO PROBLEMA DE REVISÃO.....	44
3.3 LOCALIZAÇÃO E SELEÇÃO DA AMOSTRA.....	45
3.4 CATEGORIZAÇÃO DOS ESTUDOS SELECIONADOS .....	46
3.5 ANÁLISE DOS RESULTADOS .....	51
3.6 APRESENTAÇÃO DA REVISÃO .....	53
<b>4 APRESENTAÇÃO DA REVISÃO INTEGRATIVA</b> .....	56
4.1 BUSCANDO COMPREENDER A EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE GÊNERO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS QUE ORIENTAM A ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER.....	56
<b>4.1.1 Primeiro momento interpretativo – posição que o conceito de gênero assume para as políticas de atenção á saúde da mulher nas três últimas década.....</b>	<b>56</b>

<b>4.1.2 Segundo momento interpretativo – significados que o conceito de gênero assume para as políticas de atenção á saúde da mulher nas três últimas décadas</b> .....	60
4.1.2.1 Categoria Central: Padrões culturais dominantes e a evolução do conceito de gênero .....	61
a) Subcategoria 1.1: Construção biológica das diferenças entre os sexos (a diferença sexual) .....	64
b) Subcategoria 1.2: Construção social das diferenças entre os sexos – Concepção relacional de gênero .....	74
c) Subcategoria 1.3: Concepção intragênero e a interseccionalidade com raça, etnia, orientação sexual, geração e renda .....	85
d) Subcategoria 1.4: Gênero e masculinidade .....	109
4.1.2.2 Categoria Central: relações de gênero e as repercussões na saúde das mulheres .....	117
a) Subcategoria 2.1: Violência de gênero.....	119
b) Subcategoria 2.2: Saúde sexual e reprodutiva Responsabilização feminina.....	126
c) Subcategoria 2.3: Adoecimento e morte .....	130
d) Subcategoria 2.4: Divisão sexual do trabalho e feminização da pobreza .....	137
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	145
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	153
<b>APÊNDICES</b> .....	164
APÊNDICE A: Instrumento de coleta de dados.....	165

# ***1 Introdução***



## 1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS ACERCA DA TEMÁTICA

A construção de políticas públicas dirigidas à saúde da mulher no Brasil é parte das profundas mudanças societárias das últimas décadas, através das lutas do movimento feminista, aliadas às profissionais da saúde do movimento sanitário, comprometidas com a filosofia de saúde enquanto direito e preocupadas em garantir à mulher assistência integral, o que inclui a luta contra a situação de desigualdade entre homens e mulheres, e o poder de dominação que os homens, historicamente, exerciam sobre as mulheres. É na efervescência desses debates que se consolida o campo de estudos sobre gênero no Brasil, no final dos anos 1970, concomitantemente ao fortalecimento do movimento feminista no país (SILVA, 2000). No entanto, mesmo após anos de sua inserção, a incorporação da perspectiva de gênero por políticas públicas é um tema ainda pouco explorado.

De acordo com Castilhos (2003) até a década de 1970, a atenção à saúde da mulher era contemplada no Programa Materno-Infantil (PMI) através de ações direcionadas apenas à gravidez, ao parto e ao puerpério. Não se trabalhavam as questões da saúde da mulher enquanto sujeito, mas enquanto objeto de reprodução de seres de boa qualidade e, por isso, deveria apresentar um bom padrão de matriz e de nutriz. Nessa época, além da atividade de reprodução da espécie humana, atribuíam às mulheres a responsabilidade da criação e educação dos filhos, do cuidar e alimentar a família, o cuidar dos doentes e outras atividades afins.

De acordo com Gargallo (2006), este mesmo período foi marcado pela luta da inserção social das mulheres no ambiente fora do domicílio, atrelada à busca de maior liberdade individual e autonomia, para qual um dos elementos prioritários é a “reapropriação do corpo”, na identificação como o locus de origem e exercício da dominação sobre as mulheres. Assim, por meio do controle da sexualidade e da reprodução, feministas começaram a estudar acerca da influência da cultura na determinação dos papéis sexuais e das condutas e comportamentos de mulheres e homens.

O conceito de gênero começa a ser produzido no interior do movimento feminista e inserido na produção acadêmica na época anteriormente citada, com o objetivo de fomentar ações que contribuíssem para reduzir a subordinação social das mulheres; logo a categoria gênero nasce com a disposição para o diálogo com as políticas públicas; no entanto, foi sendo interpretada de formas distintas por diferentes correntes do feminismo (GARGALLO, 2006).

O conceito de gênero, de acordo com Villela; Monteiro e Varga (2009), remete ao conjunto de significados sociais atribuídos à diferença sexual, visto que, no decorrer de suas construções, as culturas atribuem valores e sentidos diversos à constituição anatômica e à participação de mulheres e homens na reprodução biológica, produzindo a criação de conceitos bipolares, dicotômicos e hierarquizados de feminino e masculino, que acabam por determinar modos distintos de viver, adoecer e morrer

É a partir do conhecimento das diferenças sexuais que a sociedade constrói concepções sobre o que é homem, o que é mulher, o que é masculino e o que é feminino, ou seja, as chamadas representações de gênero. Diante destas construções é que se estabelecem, também, as ideias de como deve ser a relação entre homem e mulher, a relação entre as mulheres e a relação entre homens, ou seja, a sociedade cria as relações de gênero, onde o feminino e o masculino são considerados opostos e também complementares. No entanto, na grande maioria das vezes, o que é masculino é mais valorizado. Assim, concorda-se com Dabat e Ávila (2010) que as relações de gênero produzem uma distribuição desigual de poder, autoridade e prestígio entre as pessoas, de acordo com o seu sexo, ditas assim como relações de poder.

A abordagem do conceito de gênero surgiu para mostrar que as diferenças entre os sexos não podem ser usadas como argumento para a produção de desigualdades, de direitos e deveres distintos, discriminação e subordinação. Essa perspectiva de reorientação das políticas públicas para as mulheres foi adotada, estrategicamente, pelo movimento feminista, concebendo-as sob o viés de gênero, entendendo que as diferenças construídas socialmente entre homens e mulheres interferem no pleno exercício dos direitos humanos, nos direitos sexuais e reprodutivos, na produção da violência contra a mulher e que poderiam produzir danos à saúde da mulher em distintas fases do ciclo vital, na fase reprodutiva ou não.

No período entre as décadas 1970 e 1980, assim como no Brasil, ocorria em todo o mundo um intenso processo de mobilização das organizações feministas que motivou governos a assumirem que a discriminação e a violência impactavam negativamente não só a vida das mulheres, mas toda a sociedade, fazendo com que aderissem às convenções internacionais que tratam dos direitos humanos das mulheres.

Bandeira (2004) aborda em seus estudos sobre a transversalidade de gênero, parte dessas convenções internacionais e relata a primeira Conferência Mundial de Mulheres, realizada no México, em 1975, como o momento a partir do qual foram formuladas propostas e recomendações para melhorar a condição de vida das mulheres a nível mundial e de acesso às mesmas oportunidades que os homens. Retoma, ainda, que nesta ocasião a maioria dos

governos nacionais se comprometeu em cumprir tais recomendações; no entanto, apesar de sucessivas conferências realizadas, ficou evidente que o compromisso assumido pelos governos nacionais não se efetivou plenamente. Pouco empenho foi demonstrado e a situação das mulheres apenas registrou algumas melhoras.

Diante dessa constatação, feministas passaram a participar ativamente desde aquelas décadas, de múltiplos debates acerca de como uma política mundial de promoção de igualdade e de oportunidade das mulheres poderia ser efetivada, deslocando-se desde suas demandas iniciais para chegar até aos governos nacionais, e a partir dessas discussões e do planejamento de políticas públicas para as mulheres, foram produzidas mudanças positivas com a adoção do conceito de gênero como estratégia de reorientação dessas políticas, como um novo modo de enxergar as questões de saúde de mulheres no contexto das relações sociais, familiares e conjugais, no enfrentamento das desigualdades e na conquista e exercício dos direitos humanos pelas mulheres.

Na década de 1980, segundo Castilhos (2003), as reivindicações dos movimentos sociais destacam a saúde como direito, revelam uma compreensão de que condições dignas implicam também no acesso às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis de atenção. A saúde é vista como um produto social resultante de fatores econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos. Por ser assim, saúde é acumulação social, é o resultado da interação desses fatores e a assistência à saúde deve vincular-se à concepção afirmativa da saúde como qualidade de vida.

O movimento pela reforma sanitária criou, também, um momento e um ambiente propícios ao aprofundamento de discussões no âmbito da saúde da mulher, principalmente no que se refere à definição de políticas públicas, contribuindo para a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, considerado um marco na história das políticas públicas voltadas para a saúde das mulheres brasileiras. Esse programa foi compreendido como uma proposta ampla e avançada, assim como retoma Mauad (2000, p.85):

[...] a perspectiva adotada pelo PAISM levava em conta as questões de gênero, o poder médico, a necessidade de instrumentalização das mulheres no conhecimento do seu próprio corpo e de seus ciclos, para que pudessem participar de maneira decisória no cuidado de sua saúde.

O movimento feminista destacou-se pela participação ativa na elaboração do PAISM e colaboração na sua construção e consolidação até os dias atuais. Na década de 1980, marcou um processo de profunda discussão e reflexão sobre o modo como se compreendia a saúde e, sobretudo, qual a abrangência e o acesso às ações e aos serviços de saúde oferecidos às

mulheres, ao mesmo tempo em que colaborava com o debate sobre o conceito de integralidade.

Neste contexto, chega-se à década de 1990, década das convenções, fruto dos debates dos movimentos feministas, marcada pelos eventos internacionais que efetivamente influenciaram a formulação de políticas de prevenção, promoção e proteção à saúde da mulher. O ciclo de conferências da década de 1990 foi um avanço, visto que propiciou o destaque ao problema da violência de gênero, propôs mecanismos para o seu enfrentamento, entre eles a estratégia do empoderamento (*empowerment*) das mulheres através da adoção de medidas que assegurassem o aumento da contribuição e do envolvimento da parcela feminina no desenvolvimento sustentável; a questão da transversalidade do enfoque de gênero na gestão pública nas instâncias federal, estadual e municipal. A importância dessas conferências reside no fato de que compromissos geram obrigações governamentais e servem de parâmetros para formulação de políticas públicas em todos os níveis.

Os anos que se seguiram à década de 2000 foram marcados pela inserção de importantes políticas públicas para a saúde da mulher, lançadas pelo Ministério da Saúde. Dentre as Leis e Portarias ressaltam-se importantes temas relativos à mulher como o planejamento familiar, a notificação compulsória de violência contra a mulher, a humanização no pré-natal e nascimento e o atendimento aos casos de aborto ilegal, dentre outros.

Nesse mesmo período, destaca-se como avanço para as políticas públicas direcionada às mulheres brasileiras o desenvolvimento da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR), em 1º de janeiro de 2003, criada com status de ministério, inaugurando um novo momento da história do Brasil no que se refere à formulação, coordenação e articulação de políticas que promovam a igualdade entre mulheres e homens.

Além da criação do I Plano Nacional de Políticas para Mulheres (2004 – 2007) que representa a principal experiência em transversalidade em gênero ao propor o desencadeamento de um processo amplo e complexo de participação social, parcerias e atuações intersetoriais que aperfeiçoem os recursos disponíveis e garantam sua aplicação em políticas que respondam mais efetivamente às necessidades das mulheres, defendendo, portanto, o enfoque de gênero como direcionamento para a evolução de políticas que apoiem-se na situação sociodemográfica e o diagnóstico da saúde da mulher no Brasil (BANDEIRA, 2005 apud CURADO; AUAD, 2008).

A este plano incorporam-se a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores, buscando-se, desta maneira, consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais

e direitos reprodutivos, como a melhoria da atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento, o controle à violência doméstica e sexual, a prevenção e tratamento das DST/HIV/AIDS, de doenças crônico-degenerativas e do câncer ginecológico, entre outros.

Em seguida, no ano de 2008, conclui-se o II Plano Nacional de Políticas para Mulheres (II PNPM) que expressa a vontade política do Governo Federal em reverter o padrão de desigualdade entre homens e mulheres brasileiras. Documento que traz benefícios não só para as mulheres, mas para toda a sociedade, uma vez que é regido por princípios de igualdade e respeito à diversidade, equidade, autonomia das mulheres, laicidade do Estado, universalidade das políticas, justiça social, transparências dos atos públicos, participação e controle social que estão subsidiados na transversalidade de gênero, uma vez que abrange em suas metas de atuação promover a igualdade de gênero, incorporando os seus aspectos e levando em consideração os aspectos étnico-raciais, geracional, das pessoas com deficiência.

Portanto, a transversalidade do conceito de gênero nas políticas públicas e em programas governamentais possibilita analisar o reconhecimento por parte do poder público, das diferenças de gênero e de que modo tais iniciativas incorporam a perspectiva de gênero na direção da redução das desigualdades, como medida necessária ao pleno exercício dos direitos humanos e ao planejamento de políticas públicas voltadas às mulheres e aos homens também.

Cumprir assinalar que esta investigação é um subprojeto do projeto intitulado A TRANSVERSALIDADE DO CONCEITO DE GÊNERO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA, aprovado pelo comitê julgador do Programa Especial de Inclusão Social, Igualdade e Cidadania do CNPQ, Edital no. 57/2008 e encontra-se vinculado ao Grupo de Estudo Saúde, Mulher e Gênero (GEPSAM), em articulação com o Programa de Pós-graduação *Strictu Sensu* em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – PPGENf/CCS/UFPB.

Assim sendo, diante das considerações apresentadas e compreendendo a importância da adoção do conceito de gênero para a elaboração das políticas públicas de atenção à saúde da mulher, questiona-se: como os materiais oficiais publicados pela Área Técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, contribuem para as políticas públicas de atenção à saúde da mulher, considerando o significado do conceito de gênero, no período da década de 1980 a 2000?

## 1.2 OBJETIVO DO ESTUDO

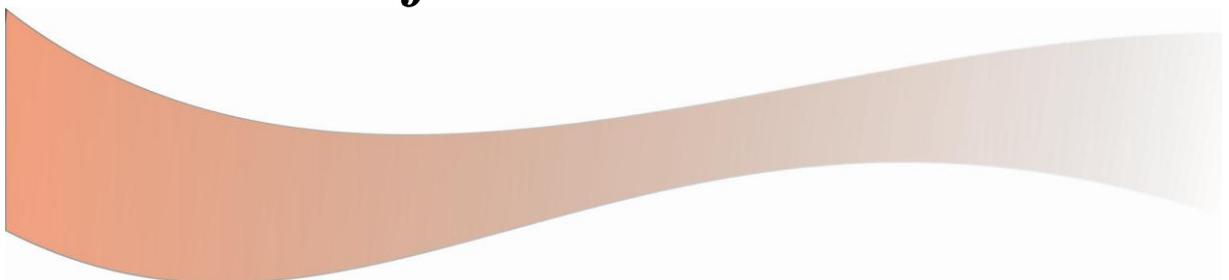
### 1.2.1 Objetivo Geral

Analisar os conceitos de gênero nas políticas de atenção a saúde da mulher, publicadas pelo Ministério da Saúde, no período de 1980 a 2000.

### 1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar a abordagem de gênero enquanto conceito expresso nas políticas que direcionam a atenção à saúde da mulher no cenário brasileiro;
- Caracterizar a contribuição destas publicações oficiais em seus constructos teóricos sobre gênero.

## ***2 Referencial Teórico***



## 2.1 A CATEGORIA DE GÊNERO

Para compreender o conceito de gênero se faz necessário retomar a história do feminismo, uma vez que esse conceito nasceu decorrente dos ideais do movimento feminista, ao lutar contra o poder e a dominação masculina. O movimento feminista é um movimento legitimado que buscou transformar as relações entre homens e mulheres e que, conforme estudos de Bessis (2000); Costa (2005); Duarte (2003); Rago (2003), apesar de ter produzido forte impacto e transformações sobre as estruturas econômicas, sociais, políticas e culturais e de ter acarretado enormes conquistas em todos os campos, ainda nos dias atuais mantém sua luta em busca de mudanças. E para o movimento, a cada dia, há uma nova luta, uma nova conquista, uma nova demanda, o que faz com que agreguem novas adeptas – e adeptos, demonstrando que ainda encontra-se em plena atividade.

O mito da superioridade dos homens sobre as mulheres remonta às sociedades agrárias; mesmo no século XIX estas sociedades na África, na Europa e na Ásia ainda eram essencialmente patriarcais, com poucos ou quase nenhum direito reservado às mulheres (ALVARENGA, 2008). A hierarquia e dominação masculina adquiriram grande visibilidade com a consolidação da industrialização. Neste sentido, Nicholson (2000) afirma que o processo de industrialização e urbanização caracteriza-se pela forte separação entre a vida doméstica e a vida pública. Tartuce (2002) acrescenta que com esta separação o trabalho realizado no espaço público, passou a ter valor de uso para os outros e tornou-se uma atividade paga e remunerada. Por outro lado a reprodução tornou-se cada vez mais destinada ao espaço privado do lar, definida como trabalho doméstico – reservado às mulheres e não reconhecido socialmente. Criou-se, portanto, uma oposição entre “o homem racional”, que trabalha no espaço público da produção e a “mulher irracional”, que atua no espaço privado da esfera doméstica.

Portanto, a história de mulheres reivindicando e lutando por igualdade em relação aos homens ocorre desde há muitos anos. Nos séculos XV e XVI, as mulheres já se reconheciam injustiçadas e que, desde o século XVII, algumas mulheres que tiveram a oportunidade e o privilégio de acesso ao estudo e à cultura, manifestaram em textos e romances a questão da desigualdade entre homens e mulheres (BALLARIN, et al; 1998; ARANA, 2005).

Arana (2005) ao realizar um levantamento histórico da trajetória das mulheres na vida pública, diante das desigualdades entre homens e mulheres, aponta uma das demonstrações da inferioridade da mulher no século XV, em relação às artes, ao constatar que as obras

produzidas por mulheres não eram valorizadas e encontravam-se destinadas ao fracasso, simplesmente por sua autoria feminina. Assim as obras femininas recebiam autoria masculina, seja com o nome de algum conhecido como o pai, irmão, marido ou mesmo sob um pseudônimo masculino.

O final da Idade Média, o Renascimento e a idade Moderna foram períodos marcados pelo destaque de importantes mulheres que tiveram a oportunidade de estudar e divulgar as injustiças entre os sexos: nos séculos XIV-XV, Christine de Pisan (1364-1430) defendia a educação como ponto essencial para a mudança; nos séculos XVI-XVII, Marie de Gournay (1565-1645) escreveu “Igualdad de Hombres U Mujeres”; e ainda no século XVII Anna María Van Schurman (1607-1678) se declarou feminista. No século XVIII, Madame Neci e sua filha Germana de Stael fundaram uma cadeia de periódicos que divulgavam as ideias de um feminismo bastante incipiente (ARANA, 2005), influenciadas pelas conquistas da Revolução Francesa ao final do século XVIII e conforme assinalam Ballarin et al (1998), algumas das mulheres estudadas, que viveram nesse período, já defendiam que os sexos eram cultural e historicamente construídos e transformados, ou seja, que não era a natureza que determinava as mulheres como inferiores. Essas mulheres já concentravam as discussões sobre as desigualdades entre os sexos sob uma perspectiva que se aproxima do que hoje entendemos por “gênero”. Assim datam já do início do século XIX algumas das primeiras manifestações feministas por igualdade (DUARTE, 2003), manifestação essas realizadas de forma mais ampla e organizada, porém ainda incompreendidas e desacreditadas pela “ordem estabelecida” dos homens (ARANA, 2005).

Ao adentrar sobre a historicidade dos movimentos feministas destacam-se quatro importantes momentos: o primeiro estouro do movimento feminista, segundo Duarte (2003), se deu no início do século XIX, quando a educação encontrava-se na pauta de maiores reivindicações femininas, direito até então reservado aos homens e a poucas e privilegiadas mulheres, apesar de que essas recebiam ainda uma educação voltada ao casamento e às prendas domésticas. Data de 1827 a primeira lei brasileira que autorizou escolas públicas femininas, até então a educação para as mulheres se dava em conventos ou raras escolas na casa das professoras ou o ensino era individual. Ainda assim essa incipiente educação foi suficiente para que algumas dessa minoria de mulheres reivindicassem seus direitos e utilizassem a oportunidade para inserir-se no espaço público e exercer sua cidadania. Na verdade, o simples fato de poder “pensar e refletir” possibilitaria às mulheres lutarem por igualdade, autonomia e emancipação política.

O segundo avanço feminista ocorreria cinquenta anos seguintes, quando as mulheres

passaram a lutar por mais educação e pelo direito ao voto. As mulheres, nessa ocasião, reivindicavam o direito de estudar em universidades e também, uma vez diplomadas, exercerem a profissão conquistada. Em relação ao voto feminino, as lutas estavam apenas começando, e não seria conquistado por elas neste momento, mas apenas pelos homens com a Constituição de 1824, e nesta ocasião estes deveriam ser maiores de 25 anos, ou maiores de 21 anos quando casados ou militares, aos bacharéis e clérigos, e impunha renda mínima para exercer o direito de votar e de ser votado.

O terceiro avanço ocorreu já no início do século XX e trazia como demanda principal a cidadania. Além das manifestações do estudo e do campo do trabalho oferecido às mulheres, intensificou-se a luta pelo direito ao voto, conquistado em 1932, ocasião em que Getúlio Vargas incorporou o decreto-lei do direito de voto das mulheres brasileiras ao novo Código Eleitoral. Nesse contexto, além da demanda por cidadania, novas questões passaram a ser reivindicadas como a reflexão sobre a exploração sexual e o trabalho das mulheres, dando maior visibilidade a temas como o direito das mulheres sobre o seu próprio corpo, que viriam a eclodir nas décadas de 1960 e 1970 com a revolução sexual (DUARTE, 2003).

Mais uma vez, passados cinquenta anos das lutas pelo direito de exercer a cidadania, uma nova onda invadiu o movimento a nível mundial. Nessa ocasião, a principal demanda era pelo direito sobre o próprio corpo e refletia e questionava os papéis historicamente atribuídos às mulheres – e aos homens. Houve também uma transformação nas demandas por igualdade, ficando mais claro que as mulheres, em oposição à masculinidade dominante, não desejavam ser iguais aos homens e sim ter direitos equivalentes aos oferecidos a eles, e para isso não havia necessidade de deixar de ser mulher, mas serem vistas como cidadãs (BESSIS, 2000; COSTA, 2005; RAGO, 2003).

Nesse cenário de lutas pela igualdade de direitos e contra a soberania e poder do homem sobre a mulher, nasce o conceito de gênero e neste contexto inúmeros são o entendimento e a utilização de seu conceito, além de perpassar por diversas disciplinas, também se encontra presente em diferentes domínios do saber, como a religião, o conhecimento leigo e popular, e as artes. Essa característica é o que lhe confere caráter transdisciplinar, apesar da sua diversa e não consensual utilização. Gênero ainda tem sido usado com frequência como sinônimo de mulheres e, adotado nesse sentido, o conceito se despolitiza no que se refere ao compromisso histórico com a transformação das desigualdades. Ao se estabelecer sinonímia entre os termos gênero e mulheres, são silenciadas as diferenças hierarquizadas entre os homens e as mulheres e entre o masculino e o feminino. Tal sinonímia, portanto, apaga a rica feição relacional do conceito de gênero, pela qual se

pode depreender que uma informação a respeito das mulheres é necessariamente informação sobre os homens (SCOTT, 1998); que estudar o masculino implica em conhecer também o feminino, uma vez que as relações de gênero, do modo como são construídas em nossa sociedade, baseiam-se em pares opostos e binários.

Joan Scott (1998) historiadora, feminista norte-americana e grande estudiosa no campo do gênero, defende sua definição como “o discurso da diferença dos sexos”, ou a “organização social dos sexos” e ainda reforça que não se refere apenas às ideias, mas também às instituições, às estruturas, às práticas cotidianas, além de rituais e a tudo que se refere às relações sociais.

Neste conceito, não há uma relação unicamente das mulheres ou dos homens, tampouco há uma subjetividade feminina ligada ao corpo, à natureza, à reprodução, à maternidade; ou ligada à cultura, à produção, à virilidade, para os homens. Ao contrário, há subjetividades – femininas e masculinas – criadas em determinado contexto histórico, cultural e político. É preciso, portanto, compreender e historiar o modo pelo qual essas subjetividades foram cunhadas ao longo do tempo. (SCOTT, 1998). A partir da definição de desconstrução inserida por Jacques Derrida, Scott (1995, p. 84) defende a “necessidade de uma rejeição do caráter fixo e permanente da oposição binária, de uma historicidade e de uma desconstrução genuína dos termos diferença sexual”. Em vez de aceitar a oposição binária como real e natural, deve-se reverter e deslocar sua construção hierárquica.

Para tanto, Scott norteia o estudo do conceito nas linguagens e no papel das diferenças percebidas entre os sexos na construção de todo sistema simbólico existente em sua expressão. Apoiando-se em Foucault, defende que todas as relações sociais são relações de poder, percebidas como constelações dispersas de relações desiguais, discursivamente constituídas “em campos de forças sociais”, e não como algo unificado, coerente e descentralizado (SCOTT, 1995). Neste sentido a autora consolida o conceito de gênero como uma categoria de análise, que se tornou referência para muitas pesquisas no campo de estudos feministas, da educação e da saúde da mulher no Brasil.

A definição de gênero direciona-se por duas proposições: a primeira refere-se ao gênero como “um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos” (SCOTT, 1995, p. 86), com quatro elementos inter-relacionados — símbolos que evocam representações, conceitos normativos, concepção de política e referência às instituições e à organização social que incluem parentesco, mercado de trabalho, educação e sistema político; e identidades subjetivas que permitem refletir como as identidades de gênero foram construídas.

A segunda preposição da autora quanto ao conceito de gênero define-o como “uma forma primária de dar significado às relações de poder”, ou seja, “um campo primário no interior do qual, ou por meio do qual, o poder é articulado (SCOTT, 1995, p. 88). Portanto, compreender como esse conceito legitima e constrói as relações sociais possibilita, por exemplo, entender como a política constrói o gênero e este constrói a política e, também, como as relações de gênero delinham as relações sociais ao mesmo tempo em que estas edificam o próprio gênero e a própria política.

Nessa direção, a suposta oposição entre homens e mulheres passa a ser problematizada, contextualmente definida, repetidamente construída e não mais vista como unívoca e pré-determinada naturalmente. Com isso, abandona-se a ideia de uma causa ou origem única e universal para a dominação masculina, enfatizando a complexidade e a heterogeneidade das relações sociais.

Uma redefinição das noções tradicionais da história seria possível ao incluir, no campo de pesquisa, o estudo sobre mulheres, tanto na sua experiência pessoal e subjetiva quanto suas atividades públicas e políticas. Tal reordenação implicaria, segundo Scott (1995, p. 73), “não somente uma nova história das mulheres, mas também uma nova história”.

## 2.2 A SITUAÇÃO ATUAL DA MULHER NO BRASIL

Pode-se notar que a desigualdade entre homens e mulheres faz parte de uma realidade cotidiana desde tempos remotos, assim como a luta das mulheres por seus direitos, mas para compreender a importância da discussão da inserção do conceito de gênero se faz necessário que se tenha uma visão geral da situação atual em que a mulher se encontra na sociedade. Situação esta com alguns retrocessos, fruto das diferenças de gênero, estimuladas e induzidas pela própria sociedade em suas relações sociais, mas, também, situações que refletem muitas conquistas que são decorrentes das lutas de mulheres e dos movimentos feministas pela melhoria da qualidade de vida.

Observa-se no Brasil, que desde a década de 1970 vem ocorrendo o fenômeno do envelhecimento da população, decorrente dos avanços científicos e tecnológicos e da elevação da eficácia e da efetividade das políticas públicas que passaram a contribuir para a melhoria da qualidade de vida e para o aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, para um aumento real no número de pessoas idosas. Associada a essas mudanças, registrou-se uma

queda expressiva nas taxas de fecundidade, ou seja, uma redução do número médio de filhos por mulher.

Este processo de transição demográfica traz reflexos importantes para a sociedade, em particular para as mulheres, e impõe desafios à ação pública do Estado, uma vez que as mulheres na população brasileira representam 51,2%, sendo 46% destas pretas e pardas. São aproximadamente 89 milhões, das quais, 85,4% vivem em áreas urbanas. Além disso, segundo dados do IBGE, no ano de 2003, o intervalo de mulheres em idade reprodutiva, que antes se encontrava entre 15 e 49 anos e já representava 54,7 % da população feminina, sofreu uma ampliação para as idades entre 10 e 49 anos, em virtude da incidência elevada de casos de gravidez precoce, este percentual corresponderia a 63,7% (IBGE, 2004). Também aumenta, na sociedade como um todo, o número de pessoas que chegam à idade ativa, ou seja, que deveriam ingressar no mercado de trabalho. E neste grupo, as mulheres tendem a ser a maioria a partir dos 24 anos de idade, segundo Censo Demográfico 2000/IBGE.

Do ponto de vista das políticas públicas, os dados demográficos oferecem referências básicas para a identificação e projeção de demandas sociais. Entretanto, é preciso considerar que o enfrentamento dos grandes desafios assumidos pelo poder público, a começar pelo combate a todas as formas de discriminação, exige necessariamente que se compreenda a determinação de gênero, raça e etnia no conjunto dos problemas sociais a serem enfrentados e superados. No combate à pobreza, consolida-se o reconhecimento de que as iniciativas serão mais eficazes se planejadas com base nestes enfoques.

As mulheres constituem 42,7% da População Economicamente Ativa (PEA). Sendo que 43,7% estão em área urbana e 37,8% no meio rural (IBGE, 2004). A crescente participação da população feminina no mercado de trabalho é considerada um processo eminentemente urbano. No entanto, é preciso analisar com maior atenção os dados relativos à participação da mulher trabalhadora na área rural.

Grande parte das atividades da mulher rural é classificada como “trabalho doméstico”, por confundir-se com o conjunto de cuidados dispensados à família e ao domicílio. Mascara-se, desta forma, a sua real contribuição para a produção e para a renda familiares (BRASIL, 2004a).

Uma das evidências mais significativas das desigualdades entre homens e mulheres no mundo do trabalho encontra-se nos rendimentos auferidos por cada um, quadro que se agrava quando analisado à luz da variável raça. Em 2003, a distribuição do rendimento médio mensal da população ocupada, por sexo e anos de estudo, apresentava os seguintes resultados: A população ocupada com estudos de até 3 anos, quando homens recebiam R\$ 342,28, mulheres

R\$ 211,02; de 4 a 7 anos de estudos homens recebiam R\$ 518,75, mulheres R\$ 284,85 ; de 8 a 10 anos de estudos homens recebiam R\$ 631,73, mulheres R\$ 350,64 e de 11 anos e mais de estudos quando homem recebiam R\$ 1.492,7 e quando mulheres R\$ 874,40 (IBGE, 2004).

Como se pode observar, existe uma relação crescente entre nível de escolaridade e rendimento mensal, ou seja, quanto mais tempo de estudo, melhores são os salários e uma relação decrescente entre homens e mulheres, estas têm salários em torno de 50% menos que o dos homens. No entanto, a educação, por si, não garante às mulheres melhores condições salariais e/ou mais acesso a cargos de decisão, variável que também influencia nos rendimentos recebidos. Analisando-se a diferença de rendimentos em relação a anos de estudo, a situação parece ainda mais injusta, uma vez que a escolaridade das mulheres é considerada uma das variáveis que mais interferem nas condições gerais de vida das famílias, visto que elas realizam a maior parte dos cuidados com o grupo familiar. Em 2003, a média de anos de estudo para o total das mulheres, no Brasil, era de 6,6 anos, enquanto a dos homens ficava em 6,3. Entre a população ocupada urbana, a diferença foi ainda maior: 8,4 anos de estudo para as mulheres e 7,4 para os homens (BRASIL, 2004b).

A situação educacional no Brasil teve uma considerável melhora nos últimos anos, beneficiando as mulheres, principalmente no que se refere à queda das taxas de analfabetismo, que apresentou decréscimo de 20,28% em 1991, para 13,50% em 2000, entre aquelas com mais de 15 anos de idade (Censos Demográficos). Contudo, os avanços observados na sociedade brasileira não devem encobrir as desigualdades que afetam um grande contingente da população. Uma análise com base nas variáveis de gênero e raça revela que, em 2001, a média geral de anos de estudo dos homens brancos era de 5,6 anos e a média das mulheres brancas era de 5,9 anos. Já a média das mulheres negras era de 4,2 e a dos homens negros ficava em 3,9 anos de estudo (BRASIL, 2004c).

As desigualdades sociais, econômicas e culturais são determinantes do processo de saúde-doença das populações e de cada pessoa em particular. Populações expostas a precárias condições de vida são mais vulneráveis a morbidades e mortalidades e, no geral, vivem menos. O Relatório sobre a Situação da População Mundial, no ano de 2002 demonstra que o número de mulheres pobres é superior ao de homens, que a carga horária de trabalho das mulheres é maior e que pelo menos metade do seu tempo é gasto em atividades não remuneradas, o que reduz o acesso aos bens sociais, inclusive aos serviços de saúde. A discriminação de gênero, raça e de etnia acentua desigualdades e contribui para a configuração de padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte (BRASIL, 2004c).

Outro ponto importante da situação atual da mulher na sociedade diz respeito à saúde. A mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal, incluindo o aborto, apesar de não aparecer entre as dez primeiras causas de óbito feminino, representa grave problema, evidenciado quando se chama atenção para o fato de que a gravidez é um evento relacionado à vivência da sexualidade, portanto não é doença, e que, em 92% dos casos, as mortes maternas são evitáveis. Vale destacar que o aborto é uma das principais causas de morte materna e que a situação de ilegalidade no Brasil, afeta a existência de estatísticas confiáveis (BRASIL, 2004d).

Com a progressiva antecipação do início da puberdade, verificada desde 1940, e o decréscimo na idade da menarca, a capacidade reprodutiva se instala mais cedo e a competência social para a constituição de uma família acontece mais tarde. Este hiato provoca maior exposição à maternidade precoce, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) aquela que ocorre antes dos 20 anos. A Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS, 1996) mostrou que 14% das adolescentes entre 15 e 19 anos tinham iniciado a vida reprodutiva, já eram mães ou estavam grávidas do primeiro filho, o que amplia a vulnerabilidade aos agravos em saúde sexual e saúde reprodutiva neste grupo.

Destaca-se ainda, a frequência de casos de AIDS entre mulheres que vem crescendo consideravelmente, com a transmissão heterossexual identificada como a principal via de transmissão do HIV. Além disso, nota-se um aumento do número de casos na população mais pobre. Um aspecto positivo foi a grande redução da transmissão do vírus por transfusão sanguínea, a partir da intensificação do controle de qualidade do sangue no país. A incidência de AIDS vem aumentando tanto em homens quanto em mulheres com até oito anos de estudo. Baixa escolaridade e classe social dificultam as negociações sobre o uso de preservativo. Porém, mesmo com maior poder aquisitivo, maior grau de instrução e independência financeira, a mulher ainda tem pouco espaço de negociação com o parceiro. Um agravante da situação é a baixa percepção do risco, principalmente em relacionamentos considerados “estáveis”.

Outro desafio ao poder público é o enfrentamento da violência contra as mulheres, em suas diferentes formas de expressão, variando do assédio moral e da violência psicológica até as manifestações extremas da agressão física e sexual. A violência contra a mulher é um dos principais indicadores da discriminação de gênero e um grave problema de saúde pública. O Relatório Mundial da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre Violência, publicado em 2002, destaca: visível custo humano; elevado custo à rede de saúde pública, relativo às

internações e ao atendimento físico e psicológico; e repercussões no mercado de trabalho, em razão dos prejuízos ao desempenho profissional da vítima.

As mulheres brasileiras são duplamente vítimas de situações violentas: como cidadãs se defrontam com as diversas formas de violência que atingem a sociedade brasileira; como cidadãs e mulheres, com a violência de gênero. Esta forma de violência ocorre, fundamentalmente, no ambiente doméstico, sendo praticada, quase sempre, por homens da família. Protegidos pelos laços afetivos, eles podem levar ao extremo as relações de dominação originadas na cultura patriarcal, centrada na ideia de sujeição das mulheres ao exercício do poder masculino, e se necessário pelo uso da força (BRASIL, 2004c).

As informações disponíveis atestam que a violência contra a mulher é um fenômeno transversal que atinge mulheres de diferentes classes sociais, origens, regiões, estados civis, escolaridades ou raças. Isto justifica a adoção de políticas de caráter universal, acessíveis a todas as mulheres, que englobem as diferentes modalidades pelas quais ela se expressa (BRASIL, 2004c).

### 2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER NO BRASIL: UM BREVE HISTÓRICO

A saúde de uma população é a expressão das suas condições concretas de existência, além de ser o resultado, entre outras coisas, da maneira como se constrói a relação entre o Estado e a sociedade. A ação do Estado no sentido de proporcionar qualidade de vida aos cidadãos é realizada mediante políticas públicas e, dentre as políticas voltadas para a proteção social, encontram-se as Políticas de Saúde (RONCALLI, 2002).

No Brasil, a atenção à saúde da mulher se incorpora às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto (BRASIL, 2007a). Assim, as políticas públicas da saúde das mulheres eram focadas apenas em sua dimensão procriativa, o que se traduzia em cuidados voltados, exclusivamente, ao ciclo gravídico-puerperal, mediante os programas de assistência materno-infantil. Os programas materno-infantil, elaborados nas décadas de 1930 a 1970, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em uma construção cultural e social que via a função da mulher associada à sua especificidade biológica e no seu papel de mãe e doméstica,

responsável pela criação, pela educação e cuidado com a saúde dos filhos e dos demais familiares (BRASIL, 2007b).

Na década de 1930, as políticas de saúde que se organizavam no país eram direcionadas ao cuidado e à proteção das crianças, e sempre abordando a mulher como objeto de intervenção. Na saúde pública essas ações traduziam-se em um enfoque pró-natalista com a contribuição da própria medicina para a naturalização das diferenças entre os sexos e a ênfase da mulher como mãe, e mesmo aquelas mulheres que trabalhavam, a proteção estava voltada aos efeitos nocivos do trabalho sobre o seu papel reprodutor (AQUINO; ARAÚJO; MARINHO, 1999).

Já nos anos 1960 surge o pensamento “neomalthusiano” com suas proposições de controle da natalidade, por meio do controle sobre os corpos das mulheres, vistas como as únicas responsáveis pela contracepção. A ambiguidade do governo brasileiro, em meio ao debate entre “controlistas” e “anticontrolistas” da natalidade, traduzia-se na ausência de programas que repensassem a mulher nas várias etapas de sua vida e ações que atendessem às demandas existentes por contracepção, enquanto permitia a ação progressiva de entidades privadas e estrangeiras na realização da esterilização por laqueadura tubária e distribuição indiscriminada de contraceptivos (COSTA; AQUINO, 2000).

Os programas de assistência à saúde da mulher quando elaborados preconizavam apenas as ações materno-infantis como estratégia de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, o caso das crianças e gestantes, naquela época. Outra característica é a ação verticalizada e a falta de articulação com outros programas e ações que eram propostos pelo governo federal. As metas eram definidas pelo nível central, sem qualquer avaliação e planejamento das necessidades de saúde das populações locais. Tal conduta, gerida pela desorganização das ações de saúde, resultava na fragmentação da assistência e o baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher, promovendo poucas melhorias nesta área (BRASIL, 2007c).

Este quadro perdura até a década de 1970, quando a crise do setor saúde e o processo de democratização da saúde, que desembocam na proposta da reforma sanitária nos anos de 1980, passam a constituir o cenário ideal para o questionamento do modelo vigente de atenção à saúde das mulheres.

No decorrer da década de 1980, consideráveis mudanças se processaram no contexto brasileiro, transformações que tiveram como referência uma importante construção das políticas públicas com a participação de diversos atores. Em um primeiro momento, enfatizou-se a democratização dos processos decisórios e dos resultados das políticas

públicas, reivindicando-se a ampliação do leque de autores envolvidos nas decisões e, ao mesmo tempo, a inclusão de novos segmentos da população brasileira entre os beneficiários das políticas públicas, dentre estes a classe das mulheres (FARAH, 2001).

Com o início desse processo de redemocratização do país, ao final dos anos 1970 e início da década de 1980, articulou-se um amplo movimento pelo direito à saúde como resposta às precárias condições sanitárias e à ineficácia do sistema de saúde, que vigorava, em atender às necessidades de saúde da população brasileira. O chamado movimento sanitário agregava pesquisadores, docentes, profissionais de saúde, estudantes, sindicalistas e moradores organizados em torno da proposta de reforma sanitária, pelo direito universal à saúde e pela criação de um sistema único de saúde (COSTA; AQUINO, 2000).

Já nesse período dos anos de 1970 a 1980, as mulheres e a problemática de gênero estiveram presentes. Inicialmente, por meio da presença expressiva de mulheres nos movimentos sociais urbanos. A participação das mulheres como agentes políticos deu-se, inicialmente, por meio de sua mobilização em torno da democratização do regime e de questões que atingiam os trabalhadores urbanos pobres em seu conjunto, tais como baixos salários, elevados custos de vida e questões relativas à inexistência de infraestrutura urbana e ao acesso precário a serviços coletivos (FARAH 2004).

As organizações de movimentos sociais urbanos batalhavam por melhorias nas questões como falta de água e de saneamento nas periferias urbanas e de reivindicações por equipamentos coletivos como escolas, creches e postos de saúde. Ao mesmo tempo em que denunciavam desigualdades de classe, os movimentos de mulheres – ou as mulheres nos movimentos – passaram também a levantar temas específicos à condição da mulher como direito a creche, saúde da mulher, sexualidade e contracepção e violência contra a mulher (FARAH, 2004).

Agregada a isso estava a insatisfação com as condições de saúde da mulher e, no âmbito do movimento feminista brasileiro, esses programas passam a ser amplamente criticados devido a sua ótica reducionista, numa perspectiva meramente biológica, com que tratavam as mulheres, as quais tinham acesso a apenas alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte das etapas de sua vida, como a fase de adolescência e do climatério.

O feminismo, diferentemente dos movimentos sociais com participação de mulheres, tinha como objetivo central a transformação da situação da mulher na sociedade, de forma a superar a desigualdade presente nas relações entre homens e mulheres. O movimento feminista – assim como a discriminação nos movimentos sociais urbanos de temas específicos

à vivência das mulheres – contribuiu para a inclusão da questão de gênero no contexto público, como uma das desigualdades a serem superadas por um regime democrático. A discriminação de questões diretamente ligadas às mulheres envolveu, por sua vez, tanto uma crítica à ação do Estado quanto – à medida que a democratização avançava – a formulação de propostas de políticas públicas que contemplassem a questão de gênero (SAFFIOTI, 1994).

No contexto de críticas ao sistema adotado nesta época, o movimento de mulheres, com forte atuação no campo da saúde, contribuiu para introduzir na agenda política nacional, questões até então relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas. Trata-se de levantar discussões que revelavam as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, os problemas associados à sexualidade e à reprodução, as dificuldades relacionadas à anticoncepção e à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, além da sobrecarga de trabalho das mulheres, responsáveis pelo trabalho doméstico e de criação dos filhos.

O movimento organizado das mulheres argumenta que tais desigualdades sociais entre homens e mulheres traduzem-se em problemas de saúde que afetam particularmente a população feminina, uma vez que as construções arraigadas pela sociedade valorizam o que é masculino, caracterizando a mulher como um ser inferior e submisso. Diante desta situação, fez-se necessário criticar os programas, buscando identificar e propor processos políticos que promovessem mudanças na sociedade e, conseqüentemente, na qualidade de vida da população, posto que a própria literatura vem demonstrando que determinados comportamentos, tanto dos homens quanto das mulheres, baseados nos padrões hegemônicos de masculinidade e feminilidade, são produtores de sofrimento, adoecimento e morte.

Os movimentos feministas defendiam que a perspectiva de mudança das relações sociais entre homens e mulheres oferecesse suporte à elaboração, execução e avaliação das políticas de saúde da mulher. As mulheres organizadas reivindicavam, portanto, sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que extrapolavam os momentos da gestação e parto, demandando ações que lhes proporcionem a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos de vida: do nascimento à terceira idade. Ações que contemplassem as particularidades dos diferentes grupos populacionais, numa concepção intragênero, como, por exemplo, os grupos das mulheres idosas, das mulheres indígenas, das mulheres negras, das mulheres lésbicas, das mulheres encarceradas em penitenciárias, entre outros grupos, levando em consideração o seu contexto dentro de suas condições sociais, econômicas, culturais e afetivas em que estão inseridos esses grupos.

Foi também a mobilização de mulheres que levou à instituição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1984, embora elaborado sob a responsabilidade da Coordenação Nacional Materno-Infantil do Ministério da Saúde, resultou da ampla discussão e representação de organizações feministas e movimento sanitário que construíram ao longo do tempo, conhecimentos sobre as demandas das mulheres para além das especificidades reprodutivas, o que representou uma ruptura com a perspectiva biologista materno-infantil e a sua operacionalização iniciou-se por volta de 1986.

#### 2.4 O PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (PAISM) E OUTRAS ESTRATÉGIAS POLÍTICAS DIRECIONADAS À SAÚDE DAS MULHERES

O Ministério da Saúde, no ano de 1984, atende às reivindicações do movimento das mulheres por melhores condições de assistência à saúde, direito reprodutivo, cidadania e pelo seu reconhecimento, enquanto sujeito de direito, e elabora o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o que representa uma conquista também da sociedade brasileira. O PAISM é anunciado como uma nova e diferenciada abordagem da saúde da mulher, demarcando um novo campo de visão e ação ao romper com o modelo materno infantil retrógrado e conservador, que compreendia a mulher como mera reprodutora. Representou, portanto, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores sob uma perspectiva biologista das políticas de saúde das mulheres, vigente até então, e constituiu uma oportunidade de eleger critérios para novas prioridades neste campo.

No entanto, o PAISM não se absteve de enfrentar as reações contrárias ou suspeitosas com relação ao lançamento do Programa que permeavam em diferentes setores da sociedade, como alguns grupos de mulheres, alguns partidos políticos, membros do setor acadêmico em geral e da categoria médica. De modo geral, essas reações estavam vinculadas a uma possível contradição entre o conteúdo explícito do Programa (integralidade e universalidade em que supostamente se embasaria) e as suspeitas de que o PAISM, na verdade, não passaria de um disfarce do Governo para agir no sentido de controlar a natalidade da população (OSIS, 1998).

De modo geral, a partir de suas diretrizes, priorizou a capacitação do sistema de saúde para atender as necessidades da população feminina, enfatizando as ações dirigidas ao

controle das patologias mais prevalentes nesse grupo, estabeleceram também a exigência de uma nova postura de trabalho da equipe de saúde em face do conceito de integralidade do atendimento, pressupunham uma prática educativa impregnando todas as atividades a serem desenvolvidas, de forma que as usuárias pudessem se apropriar dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre a sua saúde e de sua coletividade.

Desta forma, em sua concepção, incluiu ações que visavam à promoção da saúde, a prevenção de riscos e agravos, os diagnósticos, o tratamento e a recuperação, acrescentando a essas ações, passou a englobar a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento reprodutivo, doença sexualmente transmissível (DST), câncer de colo de útero e de mama, programas educativos, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres e dos interesses estratégicos das mesmas (BRASIL, 2007d).

Ainda no campo de suas diretrizes gerais, o programa dedicava valiosa atenção ao planejamento familiar. Foi pioneiro, inclusive no cenário mundial, ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres dentre as suas ações, no âmbito da atenção integral à saúde e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar. Primeiramente, situavam-se as atividades voltadas à regulação da fecundidade como complementares no elenco de ações de saúde materno-infantil, esclarecendo que as motivações do Ministério da Saúde para agir nessa área baseavam-se nos princípios de equidade – oportunidade de acesso às informações e aos meios para a regulação da fertilidade por parte da população e de ordem médica, traduzidos no risco gravídico (OSIS, 1998).

Enfatizava-se, também, que as atividades de planejamento familiar estavam desvinculadas de qualquer caráter coercitivo para as famílias que viessem a utilizá-las, enfatizando que ao estado caberia proporcionar meios e informações para que todos os brasileiros pudessem planejar suas famílias (OSIS, 1998).

Assim, as diretrizes do programa propunham ações de saúde dirigidas para o atendimento global das necessidades prioritárias das mulheres, nas diferentes etapas de sua vida, incluindo a assistência na atenção básica até os níveis de maiores complexidades (BRASIL, 1984). Norteava-se, portanto, na integralidade como principal estratégia de reorganização dos serviços de saúde.

Havia, ainda, a compreensão de que as organizações das práticas de saúde, antes do PAISM, apoiavam-se em valores que produzem e reproduzem as desigualdades de gênero, e as propostas originais do PAISM pretendiam influir na construção de novos valores com vistas à emancipação das mulheres (AMORIM, 2010).

Orientado por princípios que respeitam as especificidades do ciclo vital das mulheres, o referido programa propunha-se a atender as necessidades mais amplas em saúde, valorizando o contexto sócio-histórico e cultural em que tais necessidades se apresentam. Ao longo dos vinte anos, o PAISM passou por avanços e retrocessos, e na atualidade, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) resgata os seus princípios, com ênfase na abordagem de gênero e na integralidade como norteadores das práticas de cuidado à saúde das mulheres (BRASIL, 2004d).

O PAISM constitui a base dos esforços governamentais relacionados ao campo das políticas estratégicas e programas do sistema de saúde na área da saúde da mulher. Em 2004, esse programa toma a forma da política nacional de atenção integral à saúde da mulher. A definição das prioridades dessa política de atenção à saúde da mulher baseou-se em um diagnóstico da situação de saúde das mulheres no Brasil elaborado em conjunto com diversos atores sociais (BRASIL, 2007d).

Embora datado da década de 1980, todas as ações direcionadas à atenção à saúde da mulher são referenciadas pelo PAISM, até os dias atuais. Portanto, considera-se como um modelo teórico, filosófico, político, ideológico e um processo em permanente construção. Ele é tomado mais como uma concepção do que como um programa de saúde. Como afirma Mauad (2000, p.85):

O PAISM permanece atual por estar de acordo com a mudança do modelo de assistência à saúde que vem sendo implementada no Brasil, através do Sistema Único de Saúde, e em conformidade com a plataforma de ação da Conferência Mundial e População e Desenvolvimento, ocorrida no Cairo (Egito), em 1994, e da Conferência Internacional da Mulher, ocorrida em Beijng (China), em 1995, ambas promovidas pela Organização das Nações Unidas, dos quais o Brasil é signatário.

No entanto, embora sua concepção tenha promovido avanços significativos, a efetiva implementação do PAISM, desde 2004 denominada PNAISM (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher) permanece como um desafio para as políticas públicas e para os movimentos de mulheres de todo o Brasil, especialmente quando se consideram as mulheres dos estratos mais vulneráveis econômica e socialmente e das regiões mais pobres do país, em sua grande maioria, usuárias do Sistema Único de Saúde.

A partir do PAISM, o final dos anos de 1980 foi nitidamente marcado por valiosas mudanças políticas no campo da saúde das mulheres com o surgimento de propostas inovadoras, além de necessárias discussões em nível nacional e internacional sobre os problemas que permeavam e permeiam até os dias atuais a saúde da mulher e, neste contexto, importantes conferências e encontros foram realizados.

Em 1989, tomando como base os conceitos de integralidade e de direito, as duas permissões previstas no Código Penal Brasileiro, relativas à interrupção da gestação por violência sexual e risco de vida das gestantes, ganham lugar nas políticas públicas. Esta experiência motivou debates em todo o país e foi fundamental para compor inúmeras propostas decorrentes da realidade vivida pelas mulheres, além da compreensão das relações de gênero como base das desigualdades no acesso à saúde como direito, bem como pela necessidade de considerar-se a diversidade como fundamento das políticas públicas (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2008).

O cenário das conferências internacionais sobre a mulher serviu para definir mais claramente a natureza e a gama de problemas que afetam as mulheres e propiciou a elaboração de programas e políticas, além de formas de apoio para as ações que abordam os problemas decorrentes das diferenças de gênero que afetam tanto os países desenvolvidos como os em desenvolvimento.

Um dos documentos mais importantes da Organização das Nações Unidas (ONU), a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), em vigor desde 1982 e ratificado por 148 Estados em julho de 1995, sendo o Brasil um dos países que ratificou o CEDAW, representa um acordo com obrigações legalizadas e representa a mais forte acusação contra o domínio patriarcal, ao investir contra violência conjugal, casamentos precoces e discriminação sexual na educação e no trabalho (STROMQUIST, 1996).

Destaca-se, ainda, a III Conferência Internacional de Direitos Humanos que ocorreu em Viena no ano de 1993 que agiu como uma importante força de pressão para a CEDAW e procurou enfatizar os direitos das mulheres como direitos humanos, incluindo-os na agenda das políticas de direitos humanos das nações. A Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD) sediada em Cairo, no ano de 1994, consagrou-se como resultado de longas negociações e várias articulações prévias dos movimentos de mulheres, defendeu a concepção de saúde reprodutiva como um direito humano e a ideia de que a reprodução não pode ser tratada de forma isolada, mas deve ser abordada dentro de um contexto de políticas de desenvolvimento (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2008).

Os documentos resultantes do encontro no Cairo defendem a saúde reprodutiva como um estado geral de bem-estar físico, mental e social e não mera ausência de enfermidades ou doenças, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e suas funções e processos. Em consequência, a saúde reprodutiva inclui a capacidade de desfrutar de uma vida

sexual satisfatória e sem riscos de procriar, e a liberdade para decidir fazê-lo ou não, quando e com que frequência for desejada (BRASIL, 2006c).

O documento do Cairo é o primeiro texto de adoção universal a acolher e explicar a expressão “direitos reprodutivos”, contemplando o direito à liberdade de escolha do número de filhos e seu espaçamento. Assim, o programa do Cairo introduz um novo paradigma no debate sobre a população ao deslocar a questão demográfica para o âmbito dos direitos humanos, identificando os direitos reprodutivos como direitos humanos (BARSTED; HERMAN, 1999).

Em 1994, realizou-se a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher no Belém do Pará ficando conhecida como a Convenção de Belém do Pará (BRASIL, 2004c).

Um ano mais tarde, a conferência mundial sobre mulheres ocorrida em Beijing, no ano de 1995, revela a distância das mulheres dos espaços de poder e a relação entre o empoderamento de gênero e a superação dos desequilíbrios mundiais. Aponta ainda para a eliminação de leis e medidas punitivas contra as mulheres que tenham se submetido a abortos ilegais, garantindo o acesso a serviços de qualidade para tratar complicações derivadas desses abortos. Em seu documento final, a conferência afirma: “na maior parte dos países, a violação aos direitos reprodutivos das mulheres limita dramaticamente suas oportunidades na vida pública e a privada, sua oportunidades de acesso à educação e o pleno exercício dos demais direitos.” (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2008, p.3).

Além dessas, ocorreram conferências por todo o mundo como a do Meio Ambiente e Desenvolvimento no Rio de Janeiro, 1992 e a de Desenvolvimento Social em Copenhague, 1995, que foram de especial importância para manter os problemas de gênero presentes nas agendas governamentais como também para desenvolver laços de solidariedade entre as nações.

Na década de 1980, as ações do PAISM contemplavam através de manuais normativos produzidos pelo Ministério da Saúde (MS), ações direcionadas ao controle de doenças sexualmente transmissíveis (1985), do câncer cérvico-uterino e de mama (1986), assistência ao planejamento familiar (1987), assistência pré-natal (1988), entre outros. Esse material impresso era divulgado através de cursos de capacitação, o que restringia o acesso aos manuais nessa década. Dessas ações, as prioridades governamentais ainda se detinham nos aspectos reprodutivos relacionados ao ciclo gravídico-puerperal. O planejamento familiar, até os dias de hoje, apresenta muitas dificuldades operacionais em decorrência de pressões

religiosas, do tipo de abordagem tecnicista e unilateral utilizadas, falta de insumos, desarticulação com o referencial de gênero, entre outros.

Sob impacto desses movimentos, na década de 1980 foram implantadas as primeiras políticas públicas com enfoque de gênero. Tal é o caso da criação do primeiro Conselho Estadual da Condição Feminina, em 1983, e da primeira Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher, em 1985, ambos no Estado de São Paulo. Essas instituições se disseminaram por todo o país. Ainda em 1985 foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, órgão do Ministério da Justiça (SAFIOTTI, 1992).

O Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (1984) concedeu avanços na promoção de políticas públicas e contribuiu para reconhecimento de que a saúde da mulher é uma área de atenção de prioridade política e social. No entanto, a atenção à saúde da mulher, tradicionalmente, ainda privilegia sua função biológica reprodutora, centrada nas questões ginecológicas, de concepção e contracepção, gestação, parto e puerpério, como resultado da construção social da identidade feminina. De acordo com Meyer (1996, p.49) apud Lopes; Meyer; Waldow (1996):

[...] as diferenças sexuais e biológicas tem constituído uma base persistente e recorrente dos processos de significação e organização concreta e simbólica de toda a vida social. Neste sentido, mostram-se tanto primárias quanto primordiais para a codificação, fixação e naturalização das diferenças sociais que estabelecem.

A violência contra a mulher, por exemplo, está no campo dessas significações a que o autor se refere. Embora sendo um problema social complexo, somente mais recentemente tem recebido a atenção merecida. A violência contra a mulher, cujo conceito engloba muitos tipos de comportamentos nocivos em que o alvo é a mulher (simplesmente por ser do sexo feminino), pode ser considerada como uma violência de gênero, porque resulta, em parte, da condição de subordinação que a mulher ocupa na sociedade. Ela afeta as mulheres no seu cotidiano, sem distinção de idade, educação ou condição socioeconômica.

Observa-se que até os anos 80, as publicações contemplavam a denominação do PAISM, o que ilustrava a inserção desse programa na composição do Ministério da Saúde. A partir daí, essa denominação é excluída dos manuais de normas técnicas. Questiona-se se a sua exclusão reflete a mudança paradigmática do modelo de programação da saúde para o de vigilância à saúde, ou não.

A evolução na introdução do conceito de gênero se intensifica na década de 1990, tem-se então um período de profunda repercussão para uma eficiente política de saúde da mulher. As manifestações feministas e sociais continuam a acontecer e proporcionam a

redefinição das temáticas da década de 80 e a introdução de outras novas ao longo dos anos 90, dentre os quais podem ser mencionados, por exemplo, os relativos à temática do meio ambiente e do desenvolvimento, às mulheres rurais e às meninas e adolescentes (FARAH, 1998).

Ainda na década de 90, a agenda de Reforma do Estado sofreu o impacto da crise, a qual fez com que a capacidade estatal de investimento na área social e da mulher fosse limitada, logo os municípios tentaram a otimização do uso restrito dos recursos (FARAH, 1998). A evolução da incorporação do conceito de gênero mediante esse problema econômico não para, e destaca-se a modificação da agenda de gênero que se especifica em torno de temas como saúde, sexualidade, violência contra a mulher, dentre outros, passa ainda a “dialogar” com a agenda mais geral de reforma do Estado, e assim evidenciamos concepções diferenciadas a respeito da própria incorporação de gênero por políticas públicas (FARAH, 1998).

Com base na plataforma de ação definida na Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing e a trajetória do movimento de mulheres no Brasil a política voltada à saúde da mulher constituiu-se na formulação da agenda atual relacionada à questão de gênero (BRASIL, 2007e).

Passando nesse período a ser estabelecida a criação de programas que atendam mulheres vítimas de violência doméstica e sexual, incluindo atenção integral no campo jurídico, psicológico e médico, além da criação de abrigos, tudo isso com articulação de medidas repressivas e preventivas (FARAH, 2003).

Com a implementação do PAISM, as mulheres passam a ser visualizadas além do ciclo gravídico-puerperal, a sociedade passa a reconhecer os direitos de meninas e adolescentes, por meio de programas de atenção integral, com ênfase no grupo em situação de risco pessoal e social.

É determinada a geração de emprego, renda e combate à pobreza através do apoio a projetos produtivos voltados à capacitação e organização das mulheres, e da criação de empregos permanentes para o segmento feminino da população e ao incremento da renda familiar para assim possibilitar o empoderamento da mulher sobre seu corpo e a sua saúde. A violência contra a mulher passa a constituir uma das prioridades da agenda elaborada por movimentos feministas e por movimentos de mulheres no Brasil desde os anos 80, fazendo parte do conjunto de propostas formuladas tendo em vista a implementação de políticas públicas de gênero (FARAH, 2003).

Essas conquistas são resultados e ocorrem junto à incorporação da perspectiva de gênero por toda política pública ou transversalidade, enfocando as políticas específicas, de forma que a problemática das mulheres passasse a ser contemplada toda vez que se formular e/ou implementar uma política. Logo podemos constatar que a década de 90 foi o momento de por o conceito de gênero em “prática” nas políticas de saúde, ou melhor, momento de um trabalho mais focado no que é o gênero e de sua introdução nas políticas, só que agora de forma mais específica e direcionada, se adequando à realidade das temáticas de saúde.

A década de 1990 inaugura, portanto, a discussão da violência contra a mulher como uma violência de gênero, e é nesse contexto de discussão sobre essa temática que o conceito de gênero ganha expressão. Entre outras elaboradas nesse período, as ações para a Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (BRASIL, 2005b) anunciam a institucionalização do problema da violência contra a mulher. Outros pactos firmados pelo governo federal resultaram na criação, em 1995, da Comissão de Direitos Humanos. Esta garantiu a criação de instituições e serviços em defesa dos direitos humanos, como os Conselhos Tutelares, Ministério Público, Defensoria Pública, Varas e Juizados Especializados que têm executado ações para garantir a aplicação das leis e dos direitos e o combate à violência contra as mulheres.

No ano 2000, o Ministério da Saúde elabora outras ações direcionadas a atenção no ciclo gravídico-puerperal normal e de risco, planejamento familiar e violência intrafamiliar, agora influenciadas pelas plataformas de ação das grandes conferências dos anos 90, o que resultou em um redirecionamento das políticas em busca do exercício pleno dos direitos humanos, no caso os das mulheres, e na discussão sobre o conceito de gênero. Em 2003 é criada a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, a partir de então responsável pela formulação, coordenação e articulação de políticas que promovam igualdade entre mulheres e homens (BRASIL, 2007c).

Através dessa secretaria foi realizada em 2004 a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, que resultou na elaboração do I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Esse plano prioriza, entre outras ações, a igualdade de gênero, raça e etnia. A II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres ocorreu em 2007, resultando na elaboração do II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, publicado em 2008, com a finalidade de fortalecer as prioridades definidas na primeira conferência (BRASIL, 2008a). Através dessa secretaria foram criados os Centros de Referência da Mulher que oferecem atendimento psicológico, social e jurídico e prestam serviços de orientação.

As Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs), com mais de vinte anos de existência, constituem política pública pioneira no Brasil e na América Latina no enfrentamento à violência contra a mulher. As Defensorias Públicas da Mulher, como forma de ampliar o acesso à Justiça e garantir-lhes orientação jurídica e o acompanhamento de seus processos, também constituem um importante instrumento no combate à violência. Outro fator de apoio institucional são as Casas Abrigo, tidas como um aspecto prioritário no enfrentamento à violência contra a mulher, até o ano 2002. Em algumas situações, constituía o único equipamento disponível nos municípios brasileiros. No entanto, foi uma estratégia que não se consolidou. Atualmente há uma tendência à discussão sobre sua efetividade, uma vez que o isolamento das mulheres e a privação de sua liberdade vêm sofrendo críticas.

No campo da assistência à saúde, os Serviços de Saúde constituem também via de acesso e de acolhimento às mulheres em situação de violência sexual e estupro, e fazem parte do protocolo de atenção aos casos de violência sexual.

As Ouvidorias, instaladas em 2003, atuam através da articulação com outros serviços em todo o país, encaminhando os casos que chegam para os órgãos competentes nas esferas federal, estadual e municipal, além de proporcionar alguns atendimentos diretos. Por fim, a Central Telefônica de Atendimento à Mulher - Ligue 180, para atendimento às mulheres de todo território nacional, durante 24 horas e em todos os dias da semana.

Outra importante iniciativa governamental é a construção de bases de dados que englobam sistemas de informação sobre a violência contra a mulher - Sistema Nacional de Indicadores de Gênero (SNIG) - projeto viabilizado através de parceria com o Departamento de Desenvolvimento Internacional da Grã-Bretanha, com o Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM) - no âmbito do programa “Ações Integradas de Igualdade de Gênero e Raça” - e com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); o sistema de busca Clipping Mulher, para matérias que abordem a temática de gênero e catálogo eletrônico - com os endereços e telefones de serviços de atendimento à mulher, em todo o território nacional. Outra ação estratégica é o Observatório da Violência Contra a Mulher no Estado de Pernambuco, desenvolvido pelo Grupo SOS CORPO – Gênero e Cidadania, em Recife (PE).

No campo jurídico, precisamente em 22 de setembro de 2006, foi sancionada a Lei Maria da Penha (Lei 11.340/06) sancionada pelo Presidente da República (BRASIL, 2006a). Essa lei dá cumprimento, finalmente, à Convenção para Prevenir, Punir, e Erradicar a Violência contra a Mulher, da OEA (Convenção de Belém do Pará), ratificada pelo Estado brasileiro há onze anos, bem como à Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de

Discriminação contra a Mulher (CEDAW), da ONU. Dentre as suas inovações, a Lei Maria da Penha tipifica e define a violência doméstica e familiar contra a mulher, proíbe as penas pecuniárias (pagamento de multas ou cestas básicas); determina a criação de juizados especiais de violência doméstica e familiar contra a mulher com competência cível e criminal para abranger as questões de família decorrentes da violência contra a mulher e amplia a pena do crime de violência que passa a ser de três meses a três anos e cria medidas integradas de prevenção e de erradicação da violência doméstica e familiar contra a mulher, considerando a integração operacional entre os diversos setores incluindo os campos da saúde e da educação (BRASIL, 2006d).

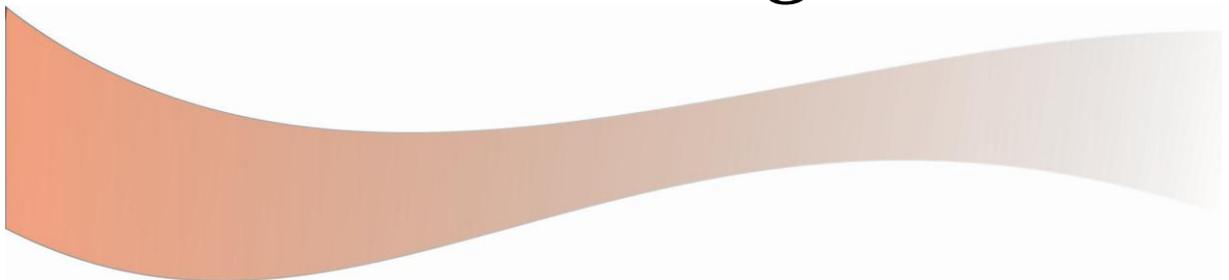
Ressaltam-se, ainda, outras conquistas obtidas na pauta do direito, da saúde, da educação, do trabalho, da ação social, voltadas para as mulheres, no combate à violência. Há de se considerar como conquistas positivas, ao mesmo tempo em que se reconhece que as desigualdades de gênero envolvem profundas mudanças culturais, além das estruturais; no entanto, todos esses aspectos e tantos outros são fundamentais para que haja mudanças concretas na vida e na saúde das mulheres. A questão da transversalidade de gênero nas políticas públicas, em todos os campos, sobremaneira na saúde, se torna essencial, visto que, uma vez isso ocorrendo, repercute diretamente nas ações de saúde, nos serviços, na mudança de concepção e no fortalecimento do SUS.

Essa transversalidade deve ocupar espaços não somente na gestão da saúde e nos serviços de saúde, mas na formação acadêmica dos profissionais de saúde. O gênero poderá ser um eixo norteador de toda a formação em cada especialidade e no todo, considerando serem homens e mulheres os horizontes do cuidado.

Enveredando ainda nessa linha de raciocínio colocamos o movimento social – organizações feministas, os movimentos de mulheres, movimentos populares, entre outros – como atores importantes para esse cenário de luta por direito de igualdade, de atenção à saúde, à educação, ao trabalho, fundamentais ao fortalecimento das mulheres e ao enfrentamento da violência e de outras questões de saúde.

Essas discussões ilustram, minimamente, o que vem sendo discutido, criado e contribuído para o desenvolvimento das políticas públicas para as mulheres no país. Esse estudo propõe com a sua operacionalização, a ampliação dessas discussões a partir da análise da transversalidade de gênero.

## ***3 Metodologia***



### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Para o alcance dos objetivos propostos para o estudo, optou-se pelo método da revisão integrativa, proposta por Ganong, na década de 1980, visto que este método possibilita sumarizar as publicações já finalizadas e obter conclusões a partir de um tema de interesse. A pesquisa teve como propósito realizar uma revisão da literatura que enfoca as políticas públicas de atenção à saúde da mulher, tendo o conceito de gênero como objeto recortado para análise. Buscou-se, portanto, revisar a literatura oficial da área temática de atenção à saúde da mulher, desde a década de 1980 até a década de 2000. Neste sentido, o presente trabalho pretende contribuir com a discussão sobre a incorporação do conceito de gênero nas políticas públicas e programas governamentais direcionados à saúde da mulher em âmbito nacional.

Segundo Ganong (1987), este método é compreendido como um instrumento de obtenção, identificação, análise e síntese da literatura diante de um tema específico, por meio do qual, conclusões de estudos anteriormente conduzidos são sumarizados, a fim de que se formulem inferências sobre um tópico específico. A revisão integrativa propicia subsídios para a compreensão da evolução do conceito de gênero nas políticas públicas direcionadas às mulheres elaboradas pelo Ministério da Saúde, desde a década de 1980 até a década de 2000, além de contribuir com discussões que norteiem a elaboração de novas políticas que visem minimizar as desigualdades entre homens e mulheres.

De acordo com Broome (2000), a revisão integrativa da literatura consiste em uma técnica de pesquisa em que estudos são reunidos e sintetizados, através da análise dos resultados evidenciados nos estudos de diversos autores especializados na temática escolhida. A técnica deve ser rigorosa e sistemática, devendo-se discutir os métodos e as estratégias utilizadas, avaliar as fontes e agrupar os resultados. Isso requer também um trabalho de reconhecimento de pesquisas prévias envolvendo a temática em questão, bem como a identificação de questionamentos que permanecem sem respostas. Silveira e Zago acrescentam que uma revisão integrativa bem realizada exige os mesmos padrões de rigor, clareza e replicação utilizada nos estudos primários (SILVEIRA; ZAGO, 2006).

Este método é valioso para a área da saúde, uma vez que, permite a concentração e a síntese de múltiplas publicações voltadas à temática enfocada e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo; facilitando, assim, o acesso dos profissionais à

leitura de todo o conhecimento científico disponível (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Na construção desta revisão integrativa que envolveu a produção do conhecimento do conceito de gênero nas políticas públicas voltada às mulheres, trilhou-se o percurso metodológico preconizado pelos estudiosos do método como Ganong (1987), Beyea e Nicoll (1998), Broome (2000), Polit e Beck (2006) Sampaio e Mancini, (2007) e Whittemore e Knafl (2005), evidenciados no estudo de Nogueira (2009). De acordo com os autores supracitados, a revisão integrativa envolve seis etapas distintas e rigorosas, que serão descritas a seguir.

### 3.2 O ESTABELECIMENTO DO PROBLEMA DE REVISÃO

- Primeira etapa: Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa.

O processo de elaboração da revisão integrativa se inicia com a escolha de um tema e a definição de um problema, para assim formular a hipótese ou a questão norteadora da pesquisa, a qual deve apresentar relevância para a área de interesse da investigação proposta. Polit e Beck (2006) ressaltam que elaborar uma revisão integrativa exige tempo e esforço considerável do revisor. Assim, a escolha de um tema que desperte o interesse do revisor torna este processo mais encorajador.

A primeira etapa é a norteadora para a condução de uma revisão integrativa bem elaborada. Essa construção deve estar relacionada a um raciocínio teórico e deve incluir definições já apreendidas pelo pesquisador. O assunto deve ser definido de maneira clara e específica, sendo que a objetividade inicial predispõe todo o processo a uma análise direcionada e completa, com conclusões de fácil identificação e aplicabilidade.

Seguindo esta primeira etapa da revisão integrativa, este estudo foi direcionado pelos seguintes questionamentos: “Quais as abordagens de gênero enquanto conceito expresso nas políticas que direcionam a atenção à saúde da mulher no cenário brasileiro no período da década de 1980 a 2000?”

### 3.3 LOCALIZAÇÃO E SELEÇÃO DA AMOSTRA

- Segunda etapa: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura.

Esta etapa está intimamente atrelada à anterior, uma vez que a abrangência do assunto a ser estudado determina o procedimento de amostragem, ou seja, quanto mais amplo for o objetivo da revisão, mais seletivo deverá ser o revisor quanto à inclusão da literatura a ser considerada. Ela se inicia pela busca nas bases de dados para identificação dos estudos que serão incluídos na revisão. A internet é uma ferramenta importante nessa busca, pois as bases de dados possuem acesso eletrônico. Whittemore e Knafl (2005) destacam que a seleção dos estudos para a avaliação crítica é fundamental, a fim de se obter a validade interna da revisão, além de ser um indicador para atestar a confiabilidade, amplitude e poder de generalização das conclusões da revisão.

O procedimento de inclusão e exclusão de artigos deve ser conduzido de maneira criteriosa e transparente, uma vez que a representatividade da amostra é um indicador da profundidade, qualidade e confiabilidade das conclusões finais da revisão. A busca dos estudos deve centrar-se em critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos com base na questão norteadora.

Para identificar as publicações oficiais foi realizado o acesso no banco de dados do Ministério da Saúde de acordo com a disponibilidade dos materiais que orientam as políticas públicas de atenção à saúde da mulher, vale ressaltar que esta etapa apresentou as seguintes limitações: a amostra final dos materiais oficiais não é exaustiva por não contemplar as publicações em sua totalidade pela dificuldade de acesso e de carência de conhecimento acerca de todos os títulos existentes. Para a seleção da amostra das publicações inseridas no estudo para a revisão integrativa, foram formulados critérios de inclusão e de exclusão de estudos de modo a orientar a busca no banco de dados descrito, bem como definir a amostra dentro dos propósitos desta revisão integrativa. Os critérios estabelecidos foram os seguintes:

- Critérios de inclusão:
  1. Materiais oficiais (manuais, relatórios, catálogos, normas técnicas, materiais instrucionais) que versassem sobre as questões da política nacional de saúde da mulher no Brasil;

2. Materiais oficiais que estivessem disponibilizados na base de dados do Ministério da Saúde;
  3. Materiais oficiais disponibilizados na íntegra;
  4. Materiais oficiais publicados no período de 1980 a 2009.
- Critérios de exclusão
    1. Materiais oficiais de outras áreas de conhecimento.

Para clarificar e polir os critérios de inclusão definidos foi feito uma prova-piloto de aplicação dos critérios com dez títulos escolhidos aleatoriamente. Antecedendo-se a este procedimento o treinamento dos revisores (alunos da graduação em Enfermagem da UFPB), a fim de assegurar que os critérios fossem passíveis de aplicação por mais de uma pessoa. Com o objetivo de garantir a possível reprodutibilidade dos estudos, o processo de investigação se deu pelo exame dos materiais por dois revisores para que estes avaliassem a relevância de cada estudo. Decorrente de, em determinados momentos, ocorrer a discrepância de opiniões entre os revisores quanto à relevância dos estudos, foi proposta a inclusão de mais um revisor. As discrepâncias foram resolvidas mediante discussões e consenso entre os mesmos.

Definido os critérios, procedeu-se a busca e seleção das publicações oficiais para compor a mostra da presente revisão integrativa da literatura. Para a localização dos materiais da pesquisa na base de dados do Ministério da Saúde, inicialmente foi utilizado o descritor saúde da mulher, o qual disponibilizou um quantitativo de 93 publicações. Assim, somando-se as publicações identificadas, finalizou-se a amostra com 93 materiais oficiais.

### 3.4 CATEGORIZAÇÃO DOS ESTUDOS SELECIONADOS

- Terceira etapa: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos

Esta etapa consiste na definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, utilizando um instrumento para reunir e sintetizar as informações-chave (BEYEA E NICOLL, 1998). É análoga à etapa de coleta de dados de uma pesquisa convencional. O revisor, nesta etapa, tem como objetivo organizar e sumarizar as informações de maneira concisa, formando um banco de dados de fácil acesso e manejo.

O instrumento deve ser elaborado com base na questão norteadora da revisão e tem como finalidade organizar e sintetizar as informações de maneira concisa, favorecendo assim a construção do banco de dados que subsidiará a posterior análise do material selecionado, no intuito de responder aos objetivos do estudo (NOGUEIRA, 2009).

Para facilitar o processo de organização e leitura dos textos, bem como a coleta de informações pertinentes ao objeto de estudo, os materiais oficiais foram listados sequencialmente, por ordem cronológica e área temática, dentro do enfoque da saúde da mulher e codificados do número 01 a 93.

Realizou-se, em seguida, a construção do formulário impresso previamente elaborado pela pesquisadora (Apêndice A). Tal instrumento permitiu a obtenção de informações sobre a identificação dos materiais, ano de elaboração, a avaliação da discussão da temática de gênero e as políticas públicas de saúde da mulher, de forma explícita ou não. Antes da sua aplicação, o instrumento foi testado através da prova-piloto e contemplou aspectos relacionados à questão de pesquisa, utilizando a avaliação planejada para os materiais selecionados e indicou os múltiplos aspectos abordados, no processo de revisão.

Tendo como base os critérios estabelecidos, os materiais selecionados foram agrupados e organizados pelos títulos dos materiais e de forma cronológica de sua publicação, como mostra as tabelas abaixo:

**Tabela 1:** Manuais do Ministério da Saúde na área da Saúde da Mulher da década 1980 definidos para análise dos estudos selecionados para a revisão integrativa.

<b>TÍTULO DOS MATERIAIS</b>	<b>ANO</b>
<b>DÉCADA DE 1980</b>	
Planejamento familiar – (catálogo educativo)	1980
A gravidez não acontece só na barriga da gente – Manual da coordenadora de grupo de gestantes	1980
Manual do coordenador de grupos e de planejamento familiar – Normas e manuais técnicos	1980
Assistência integral a saúde da mulher: Bases de ação programática – Texto básicos de saúde	1984
Programa de assistência integral a saúde da mulher – Controle de doenças sexualmente transmissíveis (DST)	1985
Controle do câncer cérvico- uterino e de mama	1986
Recomendações técnicas para funcionamento de bancos de leite humano	1987
Assistência ao planejamento familiar – Normas e manuais técnicos	1987
Manual de laboratório cito-histopatológico- normas e manuais técnicos	1987
Assistência pré-natal -normas e manuais técnicos	1988

Assistência integral a saúde da mulher, material instrucional, módulo I	1988
Assistência integral a saúde da mulher, material instrucional, módulo II	1988
Assistência integral a saúde da mulher, material instrucional, módulo III	1988
Aspectos clínicos laboratoriais e terapêuticos das doenças sexualmente transmissíveis – Manual do professor	1988
Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno – O papel especial dos serviços materno-infantis	1989
Controle do câncer cérvico-uterino e de mama – Normas e manuais técnicos	1989

**Tabela 2:** Manuais do Ministério da Saúde na área da Saúde da Mulher da década 1990 definidos para análise dos estudos selecionados para a revisão integrativa.

<b>TÍTULO DOS MATERIAIS</b>	<b>ANO</b>
<b>DÉCADA DE 1990</b>	
O que precisamos saber sobre DST (catálogo educativo)	1990
Gestação de alto risco	1991
Programa nacional de incentivo ao aleitamento materno	1991
Aconselhamento em amamentação	1993
Assistência integral a saúde da mulher, material instrucional - Complementar. Anexos	1993
Promoção do parto normal – Ministério da saúde	1993
Manual dos comitês de mortalidade materna	1994
Acompanhamento a saúde da mulher, Parte I, Gestação, Parto e Puerpério	1995
Acompanhando a saúde da mulher, Parte II, Planejamento familiar controle do câncer, DST/AIDS, climatério	1995
Projeto maternidade segura, avaliação externa	1995
Assistência ao planejamento familiar	1996
Maternidade segura - Assistência ao parto normal: Um guia prático	1996
Ações, produtos e serviços em DST/AIDS no local do trabalho	1997
Manual de diretrizes técnicas para elaboração em implantação de programas de prevenção e assistência das DST/AIDS no local do trabalho	1998
Prevenção e tratamento de agravos resultantes de violência sexual contra mulheres e adolescentes – VIRTUAL	1999
Aprendendo sobre AIDS e doenças sexualmente transmissíveis – Livro da família	1999
Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis	1999

**Tabela 3:** Manuais do Ministério da Saúde na área da Saúde da Mulher da década 2000 definidos para análise dos estudos selecionados para a revisão integrativa.

<b>TÍTULO DOS MATERIAIS</b>	<b>ANO</b>
<b>DÉCADA DE 2000</b>	
Gestação de alto risco - manual técnico	2000
Falando sobre câncer de mama	2000
Programa de humanização no pré-natal e nascimento	2000
Doenças sexualmente transmissíveis – Manual de bolso	2000
Urgências e emergências maternas - Guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna	2000
Programa de humanização do pré-natal e nascimento	2000
Assistência Pré-natal - Manual técnico	2000
Implantando o viva mulher – programa nacional de controle do câncer de colo do útero e de mama – Módulo câncer de mama	2000
Maternidade segura e a proposta da casa da gestante	2000
Trabalhando com parteiras tradicionais	2000
Manejo das DST – Doenças sexualmente transmissíveis	2000
Parto, aborto, puerpério, assistência humanizada a mulher	2001
Direitos humanos e violência intrafamiliar - Informações e orientações para agentes comunitários de saúde	2001
Violência intrafamiliar – Orientações para a prática em serviços – Cadernos de atenção básica – no. 8	2002
Assistência e planejamento familiar - Manual técnico.	2002
Comitês de mortalidade materna. Manual	2002
Planejamento familiar - Manual para o gestor.	2002
Área técnica da saúde da mulher – Síntese das diretrizes para a política de atenção integral à saúde da mulher – 2004 a 2007. Resumo de atividades realizadas em 2003.	2003
Diálogos sobre violência doméstica e de gênero - Construindo políticas públicas	2003
Política de atenção integral à saúde da mulher	2003
Programa de prevenção, assistência e combate à violência contra a mulher	2003
Política nacional de atenção integral a saúde da mulher, princípios e diretrizes	2004
Participação do Brasil na 29ª. Sessão do comitê para eliminação da discriminação contra a mulher	2004
Anais da I conferência nacional de políticas para as mulheres	2004
Política nacional de atenção integral à saúde da mulher – Plano de ação 2004-2007 - Série C. Projetos, programas e relatórios	2004
Prevenção e tratamento dos agravos resultantes de violência sexual contra mulheres e adolescentes – Norma Técnica – Série Direitos sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno no. 6	2005
Manual técnico - Pré-natal e puerpério- Atenção qualificada e humanizada	2005

<b>TÍTULO DOS MATERIAIS</b>	<b>ANO</b> <b>Cont.</b>
Impacto da violência na saúde dos brasileiros	2005
Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual – Perguntas e respostas para profissionais de saúde	2005
Enfrentando a violência contra a mulher	2005
Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios	2005
Direitos sexuais e direitos reprodutivos – uma prioridade do governo – Série A normas e manuais técnicos série direitos sexuais e direitos reprodutivos – Caderno n. 1	2005
Atenção humanizada ao abortamento	2005
Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência – Perguntas e respostas para profissionais de saúde	2005
Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal – Atenção à saúde das mulheres negras – Série F. Comunicação e educação em saúde	2005
Parâmetros técnicos para programação de ações de detecção precoce do câncer da mama	2006
Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual – Matriz pedagógica para formação de redes	2006
Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde	2006
Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna – Relatório final	2006
Marco teórico e referencial Saúde Sexual e Saúde reprodutiva de adolescentes e jovens.	2006
Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais	2006
Agenda da mulher	2006
Plano nacional de políticas para as mulheres – Versão compactada – II Conferência nacional de políticas para as mulheres – Regimento	2007
Plano nacional de enfrentamento à violência contra a mulher	2007
Violência contra a mulher adolescente-jovem	2007
Manual dos comitês de Mortalidade Materna	2007
Política nacional de atenção integral à saúde da mulher – Princípios e Diretrizes - Série C. Projetos, programas e relatórios	2007
Enfrentamento à violência contra a mulher – balanço de ações 2006-2007	2007
Promovendo o aleitamento materno (álbum seriado)	2007
Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa	2008
Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas – Recomendações para profissionais	2009
Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual	2009

O instrumento utilizado permitiu o registro, separadamente, dos dados pertinentes aos objetivos propostos para a revisão integrativa, bem como avaliar a representação das

características das pesquisas, facilitando, por sua vez, a análise sistemática e as discussões dos estudos incluídos na revisão.

### 3.5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

- Quarta etapa: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa

Ela é equivalente à análise dos dados em uma pesquisa convencional, na qual há o emprego de ferramentas apropriadas. Para garantir a validade da revisão, os estudos selecionados devem ser analisados detalhadamente. A análise deve ser realizada de forma crítica, procurando explicações para os resultados diferentes ou conflitantes nos diferentes estudos. Dentre as abordagens temáticas, o revisor pode optar para a aplicação de análises estatísticas; a listagem de fatores que mostram um efeito na variável em questão ao longo dos estudos; a escolha ou exclusão de estudos frente ao delineamento de pesquisa. Tais abordagens quantitativas e qualitativas apresentam vantagens e desvantagens, sendo a escolha da mais adequada uma tarefa árdua do revisor que deve procurar avaliar os resultados de maneira imparcial, buscando explicações em cada estudo para as variações nos resultados encontrados.

De posse da integração dos dados dos estudos incluídos na revisão, os resultados foram interpretados com base na sumarização obtida. A análise minuciosa de cada uma das publicações, tendo como fio condutor a questão norteadora desta revisão, proporcionou uma melhor compreensão geral dos dados. Desse modo, as publicações oficiais selecionadas foram analisadas, sintetizadas e discutidas de forma clara e concisa, estabelecendo relações com a fundamentação teórica do conceito de gênero.

O material empírico da pesquisa de enfoque qualitativo foi analisado pela técnica de análise de Conteúdo nas modalidades proposta por Bardin (2008). A análise de conteúdo de Bardin aponta como pilares a fase de descrição ou preparação do material, a inferência ou dedução e a interpretação. Dessa forma, os principais pontos da pré-análise são a leitura flutuante (primeiras leituras de contato com os materiais), a escolha dos documentos (no caso os documentos oficiais de políticas públicas voltadas à saúde da mulher no Brasil), a formulação de questão de pesquisa e objetivos, a referenciação dos índices, elaboração dos indicadores (a frequência de aparecimento), busca, organização e codificação de títulos encontrados e a preparação do material para a análise temática.

Para a categorização dos dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo a partir dos textos brutos dos componentes da amostra (N=93). Inicialmente efetuou-se a *organização dos dados* englobando todo o material. Procedeu-se a leitura de todo o material diversas vezes, em busca de estabelecer um diálogo com o texto e “compreender os significados atribuídos pelos sujeitos à condição existencial de estar no mundo e, por meio de sua linguagem, em relatos, chegar à compreensão de sua ação” (JESUS; PEIXOTO; CUNHA, 1998, p. 8). A partir das leituras e releituras, separaram-se por recortes temáticos as unidades de significados de interesse para o estudo. Analisando as unidades de significados, realizou-se o agrupamento desses elementos, tendo como base a semelhança entre eles, a partir do qual foi possível definir as categorias empíricas – as quais foram denominadas de categorias, que foram reagrupadas em torno de Categorias Centrais.

A última fase, a de inferência e interpretação dos dados possibilitou que as categorias recolhidas fossem submetidas à análise quantitativa e qualitativa (BARDIN, 2008), tendo como recorte o referencial de gênero e a posição que as publicações assumem com relação a esse conceito nas políticas que orientam à atenção à saúde da mulher.

A interpretação e discussão dos dados foram conduzidas de acordo com as seguintes categorias e subcategorias:

<b>CATEGORIAS/ SUBCATEGORIAS IDENTIFICADAS</b>
<p><b><u>Categoria Central:</u> Padrões culturais dominantes e a evolução do conceito de gênero</b></p> <p>✓ <b><u>Subcategorias:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Construção biológica das diferenças entre os sexos (a diferença sexual)</b></li> <li>○ <b>Construção social das diferenças entre os sexos – Concepção relacional de gênero</b></li> <li>○ <b>Concepção intragênero e interseccionalidade com raça/ etnia, orientação sexual, geração, classe social e renda</b></li> <li>○ <b>Gênero e masculinidade</b></li> </ul>
<p><b><u>Categoria Central:</u> Relações de gênero e as repercussões na saúde das mulheres</b></p> <p>✓ <b><u>Subcategorias:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Violência de gênero</b></li> <li>○ <b>Saúde sexual e reprodutiva: responsabilização feminina</b></li> <li>○ <b>Gênero e as repercussões na saúde: adoecimento e morte</b></li> <li>○ <b>Divisão sexual do trabalho e feminização da pobreza</b></li> </ul>

- Quinta etapa: Interpretação dos resultados

Esta etapa corresponde à fase de discussão dos principais resultados na pesquisa convencional. O revisor fundamentado nos resultados da avaliação crítica dos estudos incluídos realiza a comparação com o conhecimento teórico, a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa. Nesta etapa, pode realizar, ainda, a identificação de lacunas, permitindo que o revisor aponte sugestões pertinentes para futuras pesquisas direcionadas para a melhoria da assistência como a elaboração de políticas à saúde.

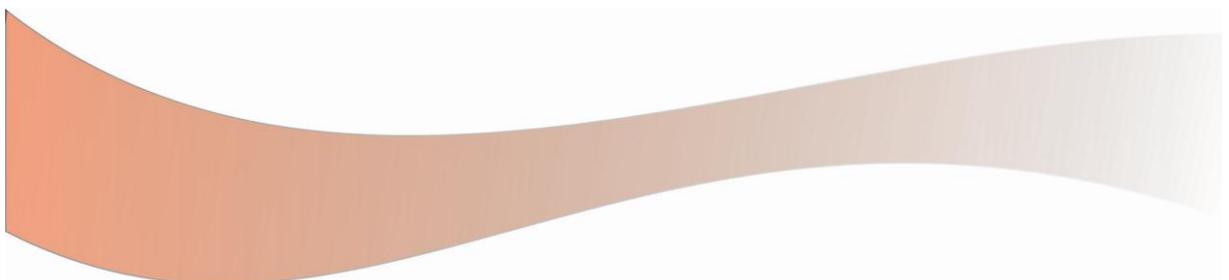
### 3.6 APRESENTAÇÃO DA REVISÃO

- Sexta etapa: Apresentação da revisão/Síntese do conhecimento

Esta etapa consiste na apresentação dos resultados a partir da elaboração do documento que deve contemplar a descrição das etapas percorridas pelo revisor, e os principais resultados evidenciados da análise das publicações incluídas. É um trabalho de extrema importância, já que produz impacto devido ao acúmulo do conhecimento existente sobre a temática pesquisada. A importância da divulgação dos resultados da investigação é incondicionalmente reconhecida, mas as formas de como divulgar ainda são limitadas devido às exigências dos periódicos científicos, a necessidade de outro idioma e dos recursos financeiros dispensados, apesar dos enormes avanços na tecnologia da comunicação. Para a operacionalização desta revisão todas as etapas descritas foram seguidas de forma rigorosa.

Seguindo a linha de raciocínio da interpretação e discussão dos resultados, a revisão integrativa do conceito de gênero nas publicações oficiais direcionadas à Saúde da Mulher, do período de 1980 a 2000, apresenta-se nas considerações finais de forma descritiva e sistemática as categorias/subcategorias em que se encontram as políticas de saúde analisadas sob o enfoque de gênero.

## ***4 Apresentação da Revisão Integrativa***



Este capítulo, intitulado Apresentação da Revisão Integrativa, refere-se à análise e discussão dos resultados encontrados mediante a síntese das publicações selecionadas. Para melhor compreender aos questionamentos propostos no que concerne à produção, estruturou-se o presente capítulo em dois tópicos centrais: 1. Primeiro momento interpretativo – posição que o conceito de gênero assume para as políticas de atenção á saúde da mulher nas três últimas décadas; e 2. Segundo momento interpretativo – significados que o conceito de gênero assume para as políticas de atenção á saúde da mulher nas três últimas décadas.

Ressalta-se ainda que constituiu a amostra desta revisão integrativa um total de 93 publicações oficiais do Ministério da Saúde os quais correspondem ao material empírico utilizado para a referida revisão. Conforme apontam Polit, Bech e Hangler (2004), a organização das informações é uma tarefa crucial na preparação de uma revisão para que as indagações da pesquisa sejam respondidas. Logo, os dados precisam ser processados e analisados de forma ordenada e coerente, para que as relações e os padrões possam ser discernidos.

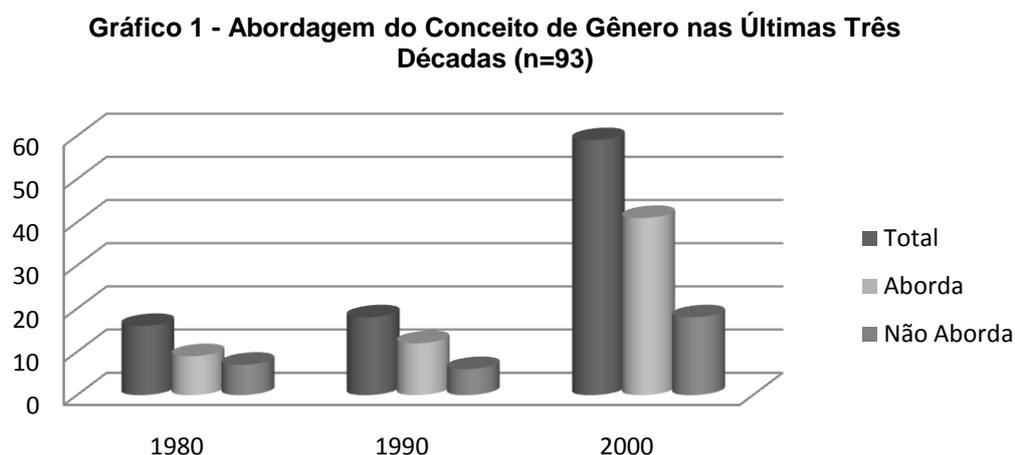
#### 4.1 BUSCANDO COMPREENDER A EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE GÊNERO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS QUE ORIENTAM A ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

##### **4.1.1 Primeiro momento interpretativo – posição que o conceito de gênero assume para as políticas de atenção á saúde da mulher nas três últimas décadas**

Neste primeiro momento, a análise e discussão dos dados extraídos dos materiais selecionados com o recorte de conceito de gênero iniciaram-se, primeiramente, pela análise quantitativa da sua abordagem e não abordagem de acordo com a década de publicação. Verificou-se, portanto, que do total de 93 títulos oficiais (manuais de normas técnicas e outras publicações), 16 (17,2%) foram publicados na década de 1980, 18 (19,35%) na década de 1990 e 59 (63,45%) na década de 2000. A distribuição dos materiais nas três décadas, segundo abordagem do conceito de gênero, foram, respectivamente, 09 (representando 9,67% do total da amostra) na década de 1980, 12 (12,90%) na década de 1990, e 41 (44,08%) na década de 2000, totalizando 66,65% da amostra total. Observa-se a partir destes resultados

uma tendência ascendente quanto à abordagem do conceito de gênero nas publicações oficiais voltadas à saúde da mulher, nas últimas três décadas.

O Gráfico 1 mostra a distribuição das publicações por décadas, segundo a abordagem ou não de gênero.



**Gráfico 1.** Manuais de normas técnicas e outras publicações do Ministério da Saúde, nas décadas de 1980, 1990 e 2000.

Observa-se que na década de 1980, há um número reduzido em materiais oficiais e principalmente enfocando o conceito de gênero, no entanto, é neste momento que se inicia o debate sobre gênero nas políticas que orientam as questões da saúde da mulher no país, influenciado pelo debate político e ideológico feminista inspirador na elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher em 1984. O programa priorizava uma assistência integral à saúde contemplando os aspectos psicoemocionais e sociais e não apenas aqueles restritos à biologia e anatomia do corpo feminino, com ênfase na sua função reprodutiva e na maternidade como principais atributos femininos, fruto de ideologia subjacente até então.

O PAISM, de acordo com Costa (2003), ampliava o conceito de saúde e de integralidade; as ações e serviços, a partir de sua elaboração, eram vistos na perspectiva da promoção da saúde e contemplava todas as etapas de vida da mulher, priorizava as ações educativas, rompia com a ideia de programa verticalizado e, sobretudo, colocava a mulher como protagonista e sujeito ativo na discussão e formulação das políticas públicas e de suas próprias decisões. O conceito de integralidade contemplava uma visão dos seres humanos como o centro da atenção à saúde - e não a doença -, visto em sua totalidade, atendidas nas suas diversas necessidades coletivas e individuais, respeitadas as suas singularidades, e considerando condições desiguais de vida.

O conceito de assistência integral no documento do PAISM envolvia a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde do grupo em questão, aonde todo e qualquer contato que a mulher viesse a ter com os serviços de saúde fosse utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação de saúde.

Assim, as diretrizes do programa propunham “ações de saúde dirigidas para o atendimento global das necessidades prioritárias das mulheres, nas diferentes etapas de sua vida, incluindo a assistência na atenção básica até os níveis de maiores complexidades” (BRASIL, 1984, p. 6). Norteando-se, portanto, na integralidade como principal estratégia de reorganização dos serviços de saúde.

Em 1990, nota-se um aumento no número de materiais na área da Saúde da Mulher e uma continuidade no aumento de publicações oficiais abordando o conceito de gênero decorrente das discussões e melhorias nas políticas geradas nos eventos internacionais ocorridos nesta década como CAIRO’94, BEIJING’95, CONVENÇÃO DO PARÁ’95. O plano de ação do Cairo incorpora em seu diagnóstico e em suas proposições uma perspectiva de gênero, destacando as distintas vivências e os diferentes impactos dos processos sociais, econômicos, culturais e ambientais sobre homens e mulheres. Ao diagnosticar que a humanidade não é um todo homogêneo, o Plano debruça-se sobre a existência de desigualdades sociais, destacando grupos tradicionalmente mais atingidos por tais desigualdades, dentre eles as mulheres (BRASIL, 2004b).

A IV Conferência Mundial sobre a Mulher realizada em Beijing’95 discutiu a temática Igualdade, Desenvolvimento e Paz. Na Conferência de Beijing foram assinados dois documentos: o primeiro de natureza política – a Declaração de Beijing; e o segundo – a Plataforma de Ação, que identifica os obstáculos que existem para o pleno desenvolvimento das mulheres e traça estratégias e ações com vistas a sua superação, dando condições para a ampliação dos mecanismos de pressão política (BRASIL, 2004b).

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará, adotada pela Assembléia Geral da Organização dos Estados Americanos – OEA em 06 de junho de 1994, ratificada pelo Brasil em 27 de novembro de 1995 e promulgada pelo Decreto 1.973, de 1º de outubro de 1996 (BRASIL, 2004b), incluindo a percepção do conceito de gênero dentro das políticas de violência contra a mulher.

Este ciclo de conferências da década de 1990 deu visibilidade à grande mobilização da sociedade civil, e tem sido fundamental na busca de uma nova ordem social, em oposição ao autoritarismo e ao totalitarismo, já tendo conquistado muitos avanços. Estes eventos

consideraram as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres que implicam num forte impacto nas condições de saúde, ressaltando a relevância de introduzir as questões de gênero como um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas (BRASIL, 2004 d).

A realização de discussões de grande relevância para as mulheres nestas conferências resultou na criação da Secretaria Especial Para Mulheres (SPM), no ano de 2004, com status de ministério, para assessorar diretamente o Presidente da República. Esta secretaria firmou compromisso com a Cidadania e Efetivação de Direitos das Mulheres na perspectiva de gênero, considerando as diversidades de raça, etnia, orientação sexual e geracional em conformidade com as recomendações da I e II Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres, realizadas em 2004 e 2007 (BRASIL, 2008a).

Esses debates apresentam reflexos positivos na formulação, coordenação e articulação de políticas, uma vez que a atuação da Secretaria estimula e provoca as diferentes áreas do governo a pensarem o impacto de suas políticas sobre a vida de mulheres e homens. Compreendendo que este impacto se dá diferentemente na vida das mulheres, das mulheres negras, de homens negros, brancos, de mulheres índias e que as políticas, para serem universalistas, para atingirem todas as pessoas, tem necessariamente que considerar as diferentes origens, orientações sexuais, gerações e condições físicas e mentais.

O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres expressa o compromisso do Governo do Brasil com o enfrentamento e a superação das desigualdades de gênero e raça no país, o reconhecimento do papel do Estado como coordenador e articulador de ações políticas que garantam um Estado de Direito, e a compreensão de que cabe a ele, e aos governos que o representam, garantir políticas públicas que extinguem as desigualdades sociais existentes, além do reconhecimento de que a construção destas políticas deve ser feita em constante processo de diálogo com a sociedade e as organizações que a representam (BRASIL, 2004c). Tende, portanto, a confirmar os compromissos internacionais que o Brasil assumiu, em particular com a implementação das ações propostas nas Convenções de Belém do Pará e CEDAW, Conferências de Cairo, Beijing e outras.

Logo, estas conferências trouxeram grandes contribuições para os avanços na área da Saúde da Mulher, e neste sentido, a década de 2000 vem ampliar significativamente a inserção de gênero nas políticas voltadas às mulheres, totalizando 41 (44,08%) publicações. Esse fato é resultante em parte, de uma compreensão mais ampliada por parte da sociedade e dos gestores das políticas públicas de que o gênero, segundo Scott (1995), na sua clássica conceituação, representa um elemento constitutivo das relações sociais entre homens e

mulheres, é uma construção social e histórica. É construído e alimentado com base em símbolos, normas e instituições que definem modelos de masculinidade e feminilidade e padrões de comportamento aceitáveis ou não para homens e mulheres, portanto se encontra em diversos campos da sociedade seja na sua relação entre homens e mulheres, ou na relação apenas entre homens ou apenas entre mulheres, mas faz parte da nossa realidade cotidiana, levando a diferentes populações tornarem-se expostas a variados tipos e graus de risco em função da organização social das relações de gênero. Nesse sentido, esta década apresenta, ainda, diversos materiais que destacam que as desigualdades de gênero tendem a aprofundar outras desigualdades sociais como a discriminação de classe social, raça/etnia, geração, orientação sexual, deficiência, língua ou religião, dentre outras, caracterizando relações de desigualdade intra e entre os gêneros, e que isso se reflete em distintos padrões de sofrimento, adoecimento e morte (BRASIL, 2007b). O gênero:

[...] delimita campos de atuação para cada sexo, dá suporte à elaboração de leis e suas formas de aplicação. Também está incluída no gênero a subjetividade de cada sujeito, sendo única sua forma de reagir ao que lhe é oferecido em sociedade. O gênero é uma construção social sobreposta a um corpo sexuado (BRASIL, 2007b, p.12).

Nessa perspectiva, torna-se necessária a incorporação do gênero no planejamento de ações de saúde que tenham como objetivo promover a melhoria das condições de vida, igualdade e os direitos de cidadania de homens e mulheres. Conforme afirma a publicação “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes - Série C. Projetos, Programas e Relatórios” do ano de 2007:

Gênero se refere ao conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que acabam por definir desigualdades entre homens e mulheres e que se perpetuam nas leis, políticas e práticas sociais e por isso devem ser revistas e modificadas, considerando as suas repercussões na vida e na saúde de homens e mulheres (BRASIL, 2007b, p.13).

#### **4.1.2 Segundo momento interpretativo – significados que o conceito de gênero assume para as políticas de atenção á saúde da mulher nas três últimas décadas.**

Para este momento a análise deu-se de forma qualitativa, após a leitura de todos os materiais selecionados exaustivamente, aplicação do instrumento e construção de uma tabela que ilustra resumidamente a distribuição dos títulos por décadas e as categorias que emergiram a partir da utilização da técnica de análise de conteúdo. Para a análise qualitativa

foram estabelecidas duas categorias empíricas e suas subcategorias: Categoria Central 1- Padrões culturais dominantes e a evolução do conceito de gênero e subcategorias Construção biológica das diferenças entre os sexos (*a diferença sexual*); Construção social das diferenças entre os sexos – Concepção relacional de gênero; Concepção intragênero e a interseccionalidade com raça, etnia, orientação sexual, geração e renda e Gênero e Masculinidade. Categoria Central 2- Relações de Gênero e as repercussões na saúde das mulheres e Subcategorias Violência de gênero; Saúde sexual e reprodutiva – responsabilização feminina; Adoecimento e morte e Divisão sexual do trabalho e feminização da pobreza.

A discussão das categorias e suas subcategorias dar-se-á por ordem cronológica, abordando as décadas para que seja possível compreender a inserção do conceito de gênero e seu desenvolvimento ao longo dos anos nas políticas públicas que são direcionadas às mulheres. Neste primeiro momento destacam-se os materiais da década de 1980, 1990 e 2000 agrupadas numa tabela com identificação da abordagem do conceito de gênero bem como a sua inserção na categoria temática com a discussão seguinte de cada material que se situa dentro de cada subcategoria.

#### 4.1.2.1 Categoria Central: Padrões culturais dominantes e a evolução do conceito de gênero

Ao longo das décadas, as pesquisas sobre as relações de gênero vêm ganhando espaço e legitimidade nos estudos que incorporam as desigualdades entre homens e mulheres. Até o início da década de 1990 esse conceito tinha seu uso restrito ao mundo acadêmico e aos grupos feministas e de mulheres. Atualmente, sua discussão ocorre em vários contextos e lugares, tornando-se de grande relevância para a saúde nas abordagens dentro das políticas públicas, a partir de sua transversalidade, e para Curado (2002) essa perspectiva não significa criar novos programas, megaprojetos e reinventar um mundo exclusivo para as mulheres, mas atuar nas políticas que estão em andamento ou sendo implantados pelo governo, de maneira que possibilite aos profissionais e aos gestores públicos um novo olhar de gênero ativo sobre toda e qualquer ação, relação e análise que constituem as práticas cotidianas.

Para a discussão dessa categoria parte-se do princípio de que as concepções e os conceitos, construídos na sociedade, não são algo neutro, uma abstração distante da realidade, mas são frutos de processos sociais e expressam as atitudes do cotidiano e da ação política dos

atores da nossa sociedade. Logo, não há como dissociar o início da difusão do conceito de gênero à ação e à transformação que o movimento de mulheres produziu e vem produzindo nas sociedades (GOUVEIA; CAMURÇA, 1999).

No decorrer dos anos, os movimentos feministas lutaram reivindicando direitos civis e políticos e melhores condições de vida para as mulheres, adotando o conceito de gênero como uma categoria útil para explicar muitos dos comportamentos de mulheres e homens em nossa sociedade, auxiliando na compreensão da grande maioria dos problemas e dificuldades enfrentados pelas mulheres no âmbito do trabalho, da vida pública, da sexualidade, da reprodução e da família.

Inicialmente as discussões acerca de gênero eram equivalentes aos estudos das diferenças sexuais, assim como cita Silva (1996) que conceitua gênero como o conhecimento sobre a diferença sexual, referindo-se às práticas do cotidiano, rituais, relações sociais, formas de organização social, instituições e estruturas vigentes na sociedade. As diferenças sexuais constituem, portanto, uma das primeiras características estudadas para a definição de gênero.

O conceito de sexo é definido segundo os aspectos físicos, biológicos de macho e fêmea, aquelas diferenças que estão nos nossos corpos e não mudam radicalmente, apenas se desenvolvem de acordo com as etapas das nossas vidas. No início dos estudos de gênero, acreditava-se que essas diferenças sexuais determinavam o comportamento da mulher e o comportamento do homem, ou seja, era a partir da observação e do conhecimento das diferenças sexuais que a sociedade criava e cria muitas vezes, até os dias de hoje, idéias sobre o que é ser homem, o que é ser mulher, o que é masculino e o que é feminino, ou seja, as chamadas representações de gênero. Com isso, se estabelece também as idéias de como deve ser a relação entre homem e mulher, a relação entre as mulheres e as relações entre os homens. Ou seja, a sociedade cria as relações de gênero (GOUVEIA; CAMURÇA, 1999).

Quando se observa os papéis que mulheres e homens desempenham dentro dos diversos espaços sociais e fases da vida, identificam-se diferenças, que vão sendo construídas já na infância e sendo reproduzidas por toda a vida. Este sistema de papéis construído, de acordo com cada cultura, colocando-os um em oposição ao outro, estabelecendo uma tradição dualista, gera relações desiguais denominadas relações de gênero.

Logo, para diferenciar os conceitos de gênero e sexo, afirma-se que o primeiro refere-se a uma construção social, e o segundo, a uma definição biológica. Estabelecer essa diferença é útil para a compreensão de que gênero não é construído sobre a base da diferença do sexo biológico. Em vez disso, o sexo biológico é socialmente construído – e percebido- ao se tornar um dado pertinente em razão da existência do gênero. Assim o gênero cria o sexo anatômico

do modo como o conhecemos (AUAD, 2004, p.8). Portanto, a diferença entre homens e mulheres é um fato anatômico, mas que não teria nenhuma significação em si mesmo não fossem os arranjos de gênero vigentes. O fato de reconhecer a diferença- e hierarquizá-la, transformando-a em desigualdade – é um ato social (AUAD, 2006).

O movimento feminista, enquanto ideologia da libertação das mulheres e teoria crítica da visão androcêntrica do mundo e da dominação, propõe no início da década de 1990 a desconstrução da tradição dualista sobre masculino/feminino, fortemente, concebida anteriormente. Nesta concepção, os pares são vistos como opostos e excludentes, e as relações de gênero se baseiam em idéias bem rígidas sobre como devem ser homens e mulheres e constroem o papel feminino e masculino em oposição e como oposição um ao outro; constituem pólos opostos (LOURO, 1996).

Diversos autores, Scott (1995) e Louro (1996) em distintos campos do saber (sociologia, história, literatura, educação, etc.) adotam uma concepção feminista de gênero. Nesta perspectiva, destacamos o modo como Louro (1996) define o conceito:

[...] podemos, no entanto, pensar que o gênero (assim como a classe ou a raça) é mais do que uma identidade aprendida (é mais do que uma aprendizagem de papéis), sendo constituído e instituído pelas múltiplas instâncias e relações sociais, pelas instituições, símbolos, formas de organização social, discursos e doutrinas.

Louro (1996) questiona a importância desse conceito para a saúde das mulheres, campo em que [...] as interpretações biologicistas – as diferenças biológicas - eram uma explicação e uma justificativa para as desigualdades entre homens e mulheres, e reproduziam desigualdades através da formação, das políticas públicas e dos serviços de saúde.

Conforme ressalta Giordani (2006) a violência doméstica é, antes de tudo, o reflexo de uma desigualdade social, econômica e política, que é perpetuada pelos aparatos sociais que reforçam ideologias racistas e sexistas.

Suárez (2000), por sua vez, enfatiza que a palavra gênero vem sendo utilizada com o propósito de desconstruir a ligação entre mulher e natureza e que pode viabilizar simbolicamente a equidade entre homens e mulheres. O uso reiterado da categoria pode possibilitar a explicação da forma como a cultura constrói o masculino e o feminino, abrindo margem para uma desconstrução que é geradora de rupturas e transformações.

Essas reflexões reforçam a compreensão de que o gênero é um elemento constitutivo de construção de identidades tanto feminina quanto masculina; de que o gênero subsidia a compreensão de que mulheres e homens ocupam posições sociais desiguais e que as mulheres nessa perspectiva se encontram numa posição social hierárquica de inferioridade, com

repercussões e implicações em todos os campos, sobretudo no da saúde, com interlocuções com o planejamento familiar, com a violência contra a mulher, com o climatério, com o ciclo gravídico puerperal, com aspectos da adolescência e com todas as questões relacionadas à saúde das mulheres.

a) Subcategoria 1.1: Construção biológica das diferenças entre os sexos (*a diferença sexual*)

Nesta subcategoria, procurou-se analisar, nos materiais, as concepções construídas na sociedade acerca das diferenças existentes entre os sexos feminino e masculino e instituídas ao longo dos anos, diferenças estas baseadas nas características biológicas com ênfase na capacidade natural da mulher de procriar – pelo fato de ter útero, de parir, de amamentar - que se expressam na forma de educar e lidar com homens e mulheres em sua grande maioria valorizando-se o que é masculino e desvalorizando o que é feminino, fato que implica consequências para a saúde de ambos.

As diferenças e desigualdades que ainda separam mulheres e homens no mundo contemporâneo são relativamente grandes, e Nascimento (1996) aponta que mesmo que o seu conteúdo tenha se modificado ao longo do tempo, ao ponto de chegar a mascarar a realidade para muita(o)s que teimam em não enxergá-la sob o discurso da universalidade dos fenômenos sociais. E neste sentido tais pontos de vista, ao considerarem as mulheres, como os homens, sujeitas às mesmas ordens sociais porque inseridas num mesmo contexto de classes, por exemplo, em nada contribuem para a tão buscada simetria de gênero.

Giordani (2006) aponta as discriminações de que são vítimas as mulheres, revelando assim as diferenças e a inferioridade em relação aos homens. O conjunto dessas diferenças configura o que se convencionou chamar de condição feminina, que nada mais é do que o retrato (ainda em preto e branco) da situação da mulher. Neste sentido, múltiplos são os aspectos da vida social, sexual, afetiva, que marcam essas diferenças como será abordado nos materiais a seguir.

DÉCADA	MATERIAIS QUE ABORDAM O CONCEITO DE GÊNERO E ANO DE PUBLICAÇÃO	CATEGORIAS/ IDENTIFICADAS	Subcategorias
1987	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Manual do coordenador de grupos e de planejamento familiar – Normas e Manuais Técnicos</li> </ul>	<p><b><u>Categoria Central:</u></b> Padrões culturais dominantes e a evolução do conceito de gênero</p> <p>a) <b><u>Subcategoria:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Construção biológica das diferenças entre os sexos (a diferença sexual)</li> </ul>	
1988	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Assistência integral a saúde da mulher, material instrucional, módulo I</li> </ul>		
1988	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Assistência integral a saúde da mulher, material instrucional, módulo II</li> </ul>		
1988	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Assistência integral a saúde da mulher, material instrucional, módulo III</li> </ul>		

**Quadro 1.** Materiais oficiais do Ministério da Saúde inseridos na subcategoria 1.1 - Construção biológica das diferenças entre os sexos (*a diferença sexual*).

O referido manual analisado foi o “*Manual do coordenador de grupos de planejamento familiar: normas e manuais técnicos*” (1987), publicado através do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, vem propor a incorporação do planejamento familiar como uma das prioridades no atendimento à saúde das pessoas.

Este material expressava a preocupação em romper com o modelo anterior que relacionava a mulher às atividades reprodutivas, com a falta de controle e autonomia sobre o seu próprio corpo e defendia que o planejamento familiar, particularmente o seu componente de anticoncepção, deveria ser executado dentro dos princípios éticos e de saúde, defendendo a livre opção das pessoas na escolha do método anticonceptivo mais adequado. Portanto, neste material foram repassadas informações direcionadas aos profissionais e serviços de saúde sobre a fisiologia e anatomia do corpo feminino, métodos anticoncepcionais, seu funcionamento, vantagens e desvantagens, realizados através de metodologia participativa de práticas educativas, priorizando o trabalho em grupo como a possibilidade de um novo processo de troca de vivências, conhecimentos e novas emoções, construindo novas referências valorizando o “saber de vida” que cada pessoa trás consigo, rompendo com a

condição passiva de paciente para sujeito ativo do conhecimento gerado nos grupos que constituía uma das garantias no atendimento ao planejamento familiar.

Neste material, inicialmente, há uma abordagem sobre o histórico da saúde da mulher permeando pela história da concepção em nosso país, e percebem-se fortemente relatos que expressam as construções sociais elaboradas pela sociedade quanto às diferenças sexuais entre homens e mulheres. Segundo o material em questão, essas diferenças são reveladas ainda em tempos remotos e torna-se evidente quando ao longo do tempo as pesquisas encontram-se centradas, sobretudo, na descoberta de métodos hormonais femininos. Essa evolução tornou a responsabilidade de evitar filhos uma tarefa cada vez mais exclusiva da mulher (BRASIL, 1987).

Este foi por muito tempo o foco da problematização sobre a saúde da mulher posta em pauta pelo movimento feminista brasileiro na década de 1970, uma vez que as práticas de saúde focam sobre a capacidade de reprodução da mulher, a construção de práticas de saúde que desafiassem o imaginário social sobre as mulheres como prisioneiras da sua capacidade biológica de gestar e parir foi uma das principais estratégias políticas do feminismo. De acordo com Villela, Monteiro e Vargas (2009) as iniciativas de desvelar os modos como as práticas de saúde produziam uma concepção de mulher na qual toda a sua subjetividade estava subordinada à sua fisiologia reprodutiva, é acompanhada de estudos que buscam mostrar a relação entre os problemas de saúde das mulheres e a sua condição de desigualdade frente aos homens.

Essa é a realidade que vem se modificando ao longo dos anos, através do papel do Estado, que assume mediante a oferta da atividade dos serviços de saúde no redirecionamento das prioridades de pesquisas para os anticoncepcionais mais inócuos, incluindo os naturais e os de barreira, orientações de planejamento familiar através das práticas de educação em saúde, permitindo a maior participação do homem e maiores informações às mulheres sobre o conhecimento de seu corpo, dos métodos anticonceptivos com suas vantagens e desvantagens (BRASIL, 1987).

No entanto, mesmo que na década de 1980 a contracepção fosse um fato já incorporado à vida da maioria das brasileiras, o material expressa que a prática da concepção e contracepção não era exercida pelas mulheres de forma tranquila, adequada ou eficaz, uma vez que estas não expressavam de forma clara os motivos que as levavam a evitar filhos. Na maioria das vezes faltavam condições financeiras para criar os filhos, havia o medo do parto, havia exigência por parte do marido ou companheiro, falta de condições de saúde e de

melhoria na vida profissional. Valores esses motivados pelas diferenças de gênero, geradas pela sociedade ao longo dos anos, como mostra o trecho:

Existem razões muito fortes que impedem as mulheres de assumir tranquila conscientemente tal desejo. Essas razões se originam em valores morais existentes na sociedade, e que estão presentes também na consciência de cada mulher. Para melhor compreender esses valores é preciso entender os papéis sexuais que homens e mulheres aprendem a desempenhar na nossa sociedade (BRASIL, 1987, p.10).

O documento analisado aborda o conceito de gênero, no entanto não de forma explícita, como também não deixa evidente que esses papéis são as diferenças de gênero, uma vez que essa expressão não era utilizada na década de 1980. No entanto, percebe-se uma discussão sobre os papéis de homens e mulheres desempenhados por nossa sociedade, e que essas diferenças de papéis traziam impactos para a saúde de toda a população, além de promover discussões entre profissionais de saúde, usuários e serviços, conforme expressa o título abaixo:

[...] que as famílias dão educação distinta aos meninos e às meninas. O homem é educado para ser forte, o chefe da casa e o responsável pela sobrevivência da família. Sua sexualidade é mais livre: não só pode como deve ser exercida desde a adolescência. Com a mulher é diferente: ela é educada para ser mãe, criar e educar os filhos, ocupar-se da vida doméstica e ser submissa ao marido. Suas qualidades mais ressaltadas são a fragilidade e a dependência, o pudor, a vergonha, a ingenuidade e a ignorância (principalmente sexual), a beleza estética e a passividade. Suas oportunidades profissionais são muito menores que as dos homens, sua virgindade extremamente valorizada. Se os homens devem procurar desde cedo a sexualidade, com as mulheres já não se dá o mesmo. É como se o prazer sexual fosse um privilégio meramente masculino (BRASIL, 1987, p. 12).

Evidencia-se, assim, que essas diferenças têm início na educação que é oferecida pelas famílias. Enfatizando o homem como um ser de força, que exerce o poder através das atividades públicas, da chefia e providência do lar, assim o homem tem mais liberdade e direitos do que a mulher que é desenhada como fragilizada, submissa, devendo sempre atender às demandas do homem, ter vergonha e esconder o sexo, enquanto para o homem o sexo deve ser estimulado e exercido como poder sobre a mulher. Essas construções vão trazendo esses valores de dominação do homem sobre a mulher. O material analisado complementa ainda a dificuldade para homens e mulheres em se desvincular dessa realidade, uma vez que:

Fugir desses papéis significa, para homens e mulheres, correr o risco de serem criticados e discriminados pela sociedade. Uma vez que nas mulheres, é muito forte o significado do papel de mãe, pois é através dele que são valorizadas e reconhecidas socialmente (BRASIL, 1987, p. 12).

Destes tempos remotos, à mulher sempre coube o papel do lar, das atividades domésticas e privadas, de cuidado com os filhos e com a família e muitas se realizam nestas atividades, uma vez que nelas são valorizadas e ditas como importantes, e assim estes estereótipos são passados de geração a geração. O material finaliza mostrando as contribuições das práticas educativas como eixo norteador do planejamento familiar, esclarecendo a importância e dinâmica do trabalho em grupo, as funções do coordenador de grupo, como formar um grupo e a melhor maneira de trabalhar com estes grupos, além de discutir as principais dificuldades deste trabalho educativo.

Percebem-se no material os primeiros sinais de abordagem de gênero de forma ainda incipiente, mas abrindo a reflexão das diferenças construídas em nossa sociedade, apontando as causas ainda remotas na educação passada de geração em geração e voltando o olhar para a conscientização das consequências dessas diferenças na saúde de homens e mulheres.

Encontra-se, ainda, o material “*instrucional de assistência integral à saúde da mulher- Módulo 1*” (1988), o primeiro de uma série de três módulos, este material elaborado pela divisão nacional materno-infantil (DINSAMI) vinculado ao Ministério da Saúde, mediante convênio estabelecido com a Organização Pan-Americana da Saúde/ Programa Ampliado de Imunizações e Atenção Primária de Saúde/Escola Nacional de Saúde Pública (OPS/PAI-APS/ENSP) visava capacitar os profissionais de nível superior a atuarem no PAISM de acordo com as normas técnicas estabelecidas por esse programa.

Esse material, em seu primeiro momento, visa à abordagem de temas importantes relacionadas à saúde da mulher como reflexões sobre “Mulher, vida e saúde”, “A mulher e os serviços de saúde” e “proposta para ação” abordando realidades que visavam fortalecer e qualificar a atenção dedicada pelos profissionais de saúde nas organizações de saúde, com vistas a problematizar as práticas assistenciais nos serviços de saúde, focando a realidade biopsicossocial da mulher. Portanto, este é um material que, na sua grande maioria, aborda orientações técnicas, objetivando o treinamento dos profissionais na assistência à mulher, através de exemplos práticos que ilustram situações do cotidiano das mulheres. Em seus questionamentos não faz uma abordagem do conceito de gênero explícito, mas levanta fatos sobre as diferenças sexuais construídas ao longo dos anos. No início de sua discussão relata as diferenças que permeavam as atividades de trabalho e costumes vinculados às mulheres, que foram construídas de forma diferenciadas a dos homens, como podemos identificar no trecho retirado abaixo:

[...] só após alimentar o marido e as crianças, a mulher tem tempo para comer dos alimentos que ela própria prepara. A seguir, retorna às tarefas de lavar os utensílios de cozinha, limpar e varrer a casa, dar banho nas crianças, remendar as roupas, preparar as camas, dar rações aos animais, cortar lenha, carregar água, dar atenção aos mais velhos e doentes e às crianças (BRASIL, 1988a, p.21).

Pode-se observar nesse trecho que determinadas atividades sempre estiveram voltadas à mulher, o âmbito privado permeado pelas atividades domésticas, o que muitas vezes traz enfermidade para sua saúde, decorrente do esgotamento ocasionado pela sobrecarga de atividades laborais, além da precária alimentação, estimulados pela jornada excessiva e pela gravidez pouco espaçada, o que era uma realidade nessa época, devido as precárias atividades de planejamento familiar.

Além dessas construções verifica-se neste material a discussão sobre as condições precárias de educação voltadas para a mulher, desde tempos remotos. Como é possível verificar no trecho abaixo:

No período colonial, para a mulher brasileira a oportunidade de se educar era escassa, e quando existente reduzida à formação moral, religiosa e ao desenvolvimento de habilidades manuais. No século XIX as escolas ofereciam para as mulheres, basicamente, o curso primário e o normal, pouco cuidando de adequar o ensino à realidade nacional [...] o programa para as mulheres tinha menor número de aulas do que para os homens, porque se acreditava que as moças poderiam adquirir atitudes defeituosas, serem vítimas de moléstias, perturbações circulatórias e congestão do cérebro ou da vista. Somente ao final do século começam a se registrar pressões no sentido de que as mulheres tivessem acesso aos cursos secundário e superior (BRASIL, 1988a, p. 25).

O texto mostra a condição de educação que era destinada às mulheres em detrimento da que era destinada aos homens, os quais eram direcionados às melhores formas de aprendizado e treinamento na formação de suas profissões. No entanto, vários estudos tendem a demonstrar que a educação é um importante instrumento para melhorar a vida das mulheres. Ainda que só seja possível oferecer, em média, de 4 a 5 anos de instrução elementar, esse tempo é suficiente para uma alfabetização completa – a mulher dispõe de maiores possibilidades para apreender conhecimentos e confiança; utilizar de forma apropriado os serviços de saúde, descobrir e aplicar novos conhecimentos, trabalhar fora de casa e ganhar salários melhores, e participar dos momentos de decisões da família e da coletividade que afetam diretamente sua vida (BRASIL, 1988a).

O material em questão aborda ainda uma temática de grande relevância na década de 1980 até a atualidade, uma vez que o envelhecimento da população tem ocorrido de forma acelerada no Brasil, as demandas das mulheres no climatério, quanto as suas questões biológicas e modificações hormonais ao longo deste processo, além da percepção das suas

modificações na sociedade no que concerne ao processo do envelhecimento, o que pode ser evidenciado no trecho descrito abaixo:

Em nossa sociedade, nesta fase, a mulher se encontra sob intenso processo de desvalorização; separada dos filhos já crescidos, não cumpre mais o principal papel que a família lhe reserva – o papel de mãe. Fisicamente, não consegue corresponder aos padrões de beleza estipulados pela sociedade, e muitas vezes, frustradas profissionalmente, sente-se inútil, feia e velha (BRASIL, 1988a, p. 49).

Como citado anteriormente, as mulheres são valorizadas por seus papéis de mãe e cuidadora do lar; com o envelhecimento esses papéis tornam-se secundários, uma vez que os filhos já estão criados e, em sua maioria, fora do lar de seus pais. Neste sentido, as mulheres idosas passam a sentir-se desvalorizadas com a diminuição das suas atividades domésticas, acrescido a esse fato encontra-se a supervalorização dada à beleza e à juventude. Esses fatores levam às alterações na saúde da mulher idosa, agravando quadros de depressão e baixa-estima, dentre outras patologias.

O referido material já enfatiza nessa época a necessidade de elaboração de políticas públicas direcionadas à saúde da mulher idosa, uma vez que se encontra em constante ascensão a feminização do envelhecimento populacional, com a razão do sexo entre a população idosa diminuindo consideravelmente, aumentando a expectativa de vida das mulheres em relação a dos homens, configurando uma população idosa majoritariamente feminina. Esta é uma questão sensível, uma vez que grande parte das mulheres idosas vive mais tempo do que os homens e, em sua significativa maioria, tiveram uma trajetória de vida marcada pela baixa escolarização, baixa inserção no mercado formal, baixa qualificação profissional e um ambiente sociocultural marcada pela forte ideologia de gênero que preserva um papel subalterno da mulher na sociedade e diferenciado na família.

Enquanto os homens idosos, em sua maioria, estão casados e desfrutam da companhia da esposa, seja ela idosa ou com menos idade, a mulher idosa viúva, solteira ou separada, vive a maior parte de sua velhice sozinha ou ainda há uma parcela que vive dentro da mesma esquema de funções e responsabilidades no interior da família, cuidando da casa, de netos, dos filhos, etc. (NASCIMENTO, 1999).

Dessa forma, esse material, ainda que de forma prematura traz, a questão de gênero e sua intersecção com outra categoria de análise que é geração, e reafirma distinções aplicadas aos sexos. Destinando a vida privada a partir das atividades domésticas para as mulheres e a vida pública aos homens, que decorrente disso tinham melhores investimentos das ações educacionais por parte da sociedade e, conseqüentemente, melhores qualificações para sua

carreira profissional. O material torna-se relevante por levantar importantes reflexões acerca das mulheres no climatério, que por tanto tempo encontrou-se à margem das políticas públicas e com isso ressalta a importância de se voltar o olhar para essa parcela da população, que a partir dessa década passava por importantes transformações em seu perfil demográfico, com um grande aumento no número de idosos em nossa sociedade e, dentre esses, uma acentuada parcela dos idosos corresponde às mulheres.

O manual “*instrucional de assistência integral à saúde da mulher- Módulo II*” (1988), continuidade da série anterior que se refere a um material instrucional sobre “pré-natal”; “parto”; “puerpério” e “reconstrução”, treinando os profissionais de saúde na assistência oferecida às mulheres em suas consultas iniciais e todo o seu acompanhamento clínico ao longo do pré-natal, ainda para orientá-las e informá-las de forma adequada em seus primeiros cuidados na gestação e durante o parto, alertando sobre as principais intercorrências, além da capacitação desses profissionais no processo de cuidado no puerpério que, em geral, são vividos como uma mistura de sentimentos para as mães.

No material, pouco há de se destacar sobre a categoria de gênero, uma vez que se trata, em grande parte, de um manual técnico, mas ainda percebe-se que em seu texto há relatos de práticas cotidianas inseridas nas adolescentes no âmbito de sua sexualidade construídas ao longo dos anos pela sociedade, a partir da educação direcionada de forma diferenciada, como é possível conferir no relato de uma jovem exemplificado no material: “[...] Sou uma moça muito boa, medrosa e envergonhada. Minha mãe sempre falou que não podia sentar em lugar de homem, quando eles terminassem de levantar, porque o calor do banco fazia ficar grávida” (BRASIL, 1988b, p.16)

No texto, o material em análise explora importantes reflexões sobre a sexualidade das jovens e as possíveis repercussões para sua saúde, uma vez que muitas delas entregaram-se ao relacionamento sexual como demonstração de emancipação ao poder do homem sobre si, porém devido a inúmeros fatores como, por exemplo, o seu nível socioeconômico e cultural, não tiveram acesso aos meios eficientes de contracepção, à independência econômica e à maturidade emocional desejável para assumir a maternidade. Associado a essas demandas o erotismo se dissemina pelos meios de comunicação e é vinculado para fins comerciais, traduzindo-se como uma forma de apelo e expressando a falta de controle do corpo da mulher por si mesma, e por fim responsabiliza as adolescentes por iniciarem sua vida sexual precocemente, fato que associado a ausência quase que total de informações para muitas delas, gerando um elevado número de gravidezes indesejáveis. O material em questão, embora, não aborde explicitamente gênero, é de grande relevância para a década de 1980, pois

remete a importantes reflexões acerca das construções de paradigmas para as mulheres, procurando desconstruir realidades que afetam a sua qualidade de vida.

O material “*instrucional de assistência integral à saúde da mulher- Módulo III*” (1988) objetiva instrumentalizar os profissionais na implementação das diretrizes do PAISM, no momento que discutem sobre a sexualidade, DST, câncer ginecológico, cérvico uterino e de mama, contemplando mais uma vez o planejamento familiar e convidando a repensar sobre as práticas nos serviços de saúde.

Neste sentido, assumem o papel de contribuir para que a população feminina consiga no atendimento esclarecer dúvidas sobre a sua sexualidade, escolher qual método anticoncepcional mais adequado para a fase da sua vida, ter a possibilidade de detecção e tratamento das possíveis doenças sexualmente transmitidas, e a adoção de procedimentos de prevenção do câncer de colo uterino e de mama (BRASIL, 1988c).

Identifica-se neste material que semelhante aos módulos anteriores há a abordagem do conceito de gênero de forma implícita, através de discussões que envolvem as diferenças da oferta de educação destinadas aos homens e mulheres e moldadas pela sociedade como se percebe no trecho abaixo:

Apesar de todos os juízos acerca das meninas, de afetuosidade, doçura, submissão e laboriosidade, não obstante educá-las seja mais barato porque em geral recebem menos educação que os meninos, é opinião comum que as meninas são mais difíceis para educar (BRASIL, 1988c, p.17).

Nota-se que na década de 1980, ainda não havia uma abordagem explícita do conceito de gênero, no entanto, nessa década ocorre a entrada da questão de gênero nas políticas de saúde, marcado por um período de importantes discussões nos materiais oficiais sobre as diferenças sexuais construídas pela sociedade ao longo dos anos, além da inclusão na agenda governamental, o que fez com que o conceito de gênero fizesse parte do processo de democratização, o que significou a inclusão de novos atores no cenário político e, ao mesmo tempo, a incorporação de novas temáticas pela agenda pública (FARAH, 2003).

Essa década destaca-se como um importante momento impulsionado pela ênfase em torno da luta pela democratização do regime e de reivindicações ligadas ao acesso a serviços públicos e à melhoria da qualidade de vida, caracterizado pela reivindicação da ampliação do leque de atores envolvidos nas decisões, através dos movimentos sociais (FARAH, 2004). Já nesse período, as mulheres e a problemática de gênero estiveram presentes, em primeiro lugar, por meio da expressiva presença de mulheres nos movimentos sociais urbanos, levantando questões específicas ligadas à condição da mulher até então à margem da

assistência: desigualdade salarial, direito a creches, saúde da mulher, sexualidade, contracepção e violência contra a mulher (FARAH, 2003).

Foi assim que os movimentos dos quais as mulheres participaram conseguiram não só suprir as carências e reivindicações relativas às condições de vida, tendo o Estado Nação como responsável pela implementação das políticas públicas, mas também que as mulheres fossem sujeitos coletivos na esfera pública, passando a articular a esfera privada, a qual estava restrita, com a esfera pública (FARAH, 1998).

Um período de formulação de uma política pública para a mulher, tenta propor meios de uma atenção em saúde integral com o objetivo de atender a todas as suas necessidades, indo além do ciclo gravídico-puerperal.

Logo, esta década em análise marca o início da inserção do conceito de gênero nas ações de saúde direcionadas à atenção à saúde da mulher, embora perceba-se que de forma incipiente, sem haver uma discussão clara sobre o conceito, e sem o gênero constituir um eixo norteador das políticas das ações. Nesse momento, os estudos sobre gênero surgiram para mostrar que as diferenças entre os sexos não poderiam ser usadas como argumentos para a produção de desigualdades, de direitos e deveres distintos, discriminação e subordinação. Essa perspectiva de reorientação das políticas públicas para as mulheres foi adotada estrategicamente pelo movimento feminista, concebendo-as sob o viés de gênero, entendendo que as diferenças entre sexos interferem no pleno exercício dos direitos humanos, nos direitos sexuais e reprodutivos, na produção da violência contra a mulher e que poderiam produzir danos à saúde da mulher em distintas fases do ciclo vital, na fase reprodutiva ou não.

O incentivo para tornar gênero um eixo transversal na investigação em saúde é uma aposta na possibilidade de que a produção de evidências sobre desigualdades em saúde entre mulheres e homens, decorrentes das desigualdades de gênero, seja capaz de impactar políticas públicas voltadas para a redução destas desigualdades (VILLELA; MONEITRO; VARGAS. 2009).

Ainda nessa perspectiva o enfoque biológico, embora ressaltado, não é suficiente para explicar as diferenças de gênero e as desigualdades entre homens e mulheres por elas determinadas. Entende-se, portanto, que as identidades de gênero são construídas no contexto de cada sociedade ao longo do tempo, e estas construções produzem estereótipos de papéis diferenciados, marcados pelos interesses emergentes das sociedades nos diferentes momentos históricos. Essas sociedades deram frutos a um modelo social predominante que gera uma relação de poder sobre as mulheres. Modelo este que predetermina formas de conhecimento e ação, na área da saúde inclusive, evidenciando seu caráter patriarcal (BRASIL, 2001a).

b) Subcategoria 1.2: Construção social das diferenças entre os sexos – Concepção relacional de gênero

Nessa definição de gênero os papéis sociais de homens e mulheres são uma construção histórica, política, cultural e um componente estrutural das relações sociais e econômicas e almeja, coerentemente, o rompimento da visão corrente, que rebaixa, desqualifica e discrimina a mulher e seu papel na nossa sociedade (BRASIL, 2004c), sendo a identidade sexual algo construído, que transcende o biológico (BRASIL, 2002). Dessa forma, o conceito de gênero implica em uma relação com outro indivíduo ou com outros indivíduos, em uma sociedade. O enfoque biologicista elaborado para chamar atenção de que as diferenças biológicas determinavam papéis distintos entre homens e mulheres, agora deixa de ser uma categoria de análise pois, dessa forma, reforçava a importância dos caracteres biológicos, em detrimento das construções sociais das identidades de gênero.

No entanto, social e culturalmente, o feminino e o masculino foram sendo construídos como pólos, em oposição um ao outro e excludentes, e que na maioria das vezes o que está relacionado ao sexo masculino é mais valorizado. Assim, as relações de gênero produzem uma distribuição desigual de poder, autoridade e prestígio entre as pessoas, de acordo com o seu sexo. É por isso que as relações de gênero são consideradas relações de poder (GOUVEIA; CAMURÇA, 1999).

Para Joan Scott (1995), gênero é um termo que se refere aos domínios estruturais e ideológicos existentes na relação entre os sexos. Uma de suas maiores contribuições é a compreensão do aspecto relacional de gênero, trazendo à baila das discussões o aspecto da reciprocidade na trama das relações entre homens, entre mulheres e entre homens e mulheres.

Sabe-se que, no decorrer dos anos, fortes razões impediram as mulheres de expressarem-se livremente. Essas razões se originaram em valores morais existentes na sociedade desde tempos imemoriais, e que estão presentes também na consciência de cada mulher. Para melhor compreender esses valores se faz necessário compreender os papéis sexuais que homens e mulheres aprendem a desempenhar na nossa sociedade.

Portanto, durante séculos, as construções da cultura de nossa sociedade foram estabelecendo que as mulheres fossem educadas para submeterem-se aos homens. A "submissão" da mulher foi consequência da necessidade dos homens assegurarem a posse de sua descendência, dentro de uma visão chamada patriarcal.

O controle da sexualidade e da vida reprodutiva da mulher, por parte do poder patriarcal do homem, garante a imposição das regras de descendência e patrimônio e,

posteriormente, um sistema rígido de divisão sexual do trabalho. Assim, a mulher passa a ser controlada por algum homem, seja pai ou marido (BRASIL, 2002).

Este sistema de divisão sexual do trabalho, onde o ambiente doméstico era destinado às atividades das mulheres e o ambiente público aos homens, cuja finalidade primeira foi a de regulamentar a reprodução e organizar as famílias, acabou por dar aos homens e mulheres uma carga simbólica de atributos, gerando uma correlação entre sexo e personalidade que foi interpretada como característica inerente aos sexos. Atribuiu-se à natureza de homens e mulheres aquilo que era da cultura. Determinar que o papel da mulher destina-se a ser frágil e dependente do homem ou que o papel do homem é de chefe do grupo familiar pode levar as pessoas a concluírem que é natural que os homens tenham mais poderes do que as mulheres e os meninos mais poderes do que as meninas (BRASIL, 2002).

Da mesma forma, as concepções que a sociedade cria dos papéis diferenciados dos homens e das mulheres levam algumas pessoas a incorporarem o pensamento de que a agressividade e a infidelidade sejam características naturais do homem, assim como meiguice e fidelidade seriam qualidades que já nascem com as mulheres. No entanto, esse modelo de homem e mulher não são consequências naturais de diferenças biológicas, mas resultado de educação diferenciada a meninos e meninas desde pequenos e muitas dessas informações podem ajudar a mulher a prevenir danos à sua saúde (BRASIL, 2007e).

Uma vez que essas concepções construídas socialmente levam as mulheres a sofrerem mais violência do que os homens, violências que podem ser expressas por agressões físicas, sexuais, psicológicas e patrimoniais. Expressas ainda, de outras formas que não são compreendidas como violência, quando, por exemplo, a elas são negadas o direito de decidir sobre seu corpo, sua sexualidade, quando são forçadas a realizarem um aborto, colocando em risco a sua saúde e sua vida, quando o parceiro não concorda em usar contraceptivos, aumentando o risco de transmissão de doenças sexuais ou mesmo uma gravidez indesejada, as formas de violência geram ainda inúmeras consequências pra saúde mental como depressão, síndrome do pânico e doenças psicossomáticas.

DÉCADA	MATERIAIS QUE ABORDAM O CONCEITO DE GÊNERO E ANO DE PUBLICAÇÃO	CATEGORIAS/ IDENTIFICADAS	Subcategorias
1995	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Acompanhando a saúde da mulher, Parte II, Planejamento familiar controle do câncer, DST/AIDS, Climatério</li> </ul>	<p><b>Categoria Central:</b> Padrões culturais dominantes e a evolução do conceito de gênero</p> <p>b) <b>Subcategoria:</b> Construção social das diferenças entre os sexos – Concepção relacional de gênero</p>	
2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Parto, aborto, Puerpério: Assistência Humanizada a mulher</li> </ul>		
2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Violência Intra-familiar: Orientações para a Prática em Serviços – Cadernos de Atenção Básica – nº 8</li> </ul>		
2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Plano nacional de políticas para as mulheres</li> </ul>		
2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Comunicação e mídia – para profissionais de saúde que atuam nos serviços de atenção para mulheres e adolescentes em situação de violência e sexual</li> </ul>		
2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Violência contra a mulher adolescente-jovem</li> </ul>		

**Quadro 2.** Materiais oficiais do Ministério da Saúde inseridos na subcategoria 1.2 - Construção social das diferenças entre os sexos – Concepção relacional de gênero.

O único material desta subcategoria elaborado na **década de 1990** foi o material “*Acompanhando a saúde da mulher, Parte II, Planejamento familiar controle do câncer, DST/AIDS, Climatério*” (1995), em que aborda o conceito de gênero até então não mencionado na década de 1980. Nesse material há uma marcante discussão e reflexão das diferenças sexuais que são estabelecidas nas relações dentro da sociedade a partir da educação que é repassada de forma diferenciada para meninos e meninas e apreendidas ao longo da vida, como se identifica no trecho abaixo:

Esses papéis são passados de geração em geração, por isso quando nascemos já encontramos prontos os modelos de como ser homem e como ser mulher. Aprendemos a desempenhar determinadas funções de acordo com o sexo. Considera-se como função da mulher, cuidar da casa e dos filhos (BRASIL, 1995, p. 11).

Meyer (1996, p. 49) em seu estudo, tende a ratificar que:

A diferença sexual estabelece limites e indica possibilidades, desde o nascimento, e é bem possível que em algumas sociedades, reconheçamo-nos antes como meninas e meninos do que como brancas/os ou negras/os, de

elite ou de classe trabalhadora. Certo, porém, é que todas estas e outras categorias sociais são imbricadas na construção de nossa subjetividade.

Ao longo do texto reforça-se que as características ditas muitas vezes como naturais para homens, as quais reforçam a masculinidade e sua superioridade e para as mulheres estimulam a passividade e a serenidade, não podem ser definidas como características biológicas, mas são frutos da educação que é oferecida, estabelecendo paradigmas. No entanto, já é perceptível nesta década um enfoque para o alerta que tais diferenciações podem trazer consequências para a saúde das mulheres. Como é possível observar em seguida:

Algumas pessoas pensam que agressividade e infidelidade sejam características naturais do homem, assim como meiguice e fidelidade seriam qualidades que já nascem com as mulheres. Na realidade, esse modelo de homem e mulher não são consequências naturais de diferenças biológicas, mas resultado de educação diferenciada a meninos e meninas desde pequenos, muitas dessas informações podem ajudar a mulher a prevenir danos à saúde (BRASIL, 1995, p. 11).

Esse novo olhar para o cuidado integral da mulher procurando não mais reforçar essas características estabelecidas pela sociedade e sim desmistificá-las, passa a ser introduzido nos materiais oficiais, para que essa conduta possa produzir impactos benéficos aos seus cuidados. Por conseguinte, o conceito de gênero embora não abordado de forma clara, passa a modificar o direcionamento das políticas públicas com respostas ao longo prazo. No mesmo material destaca-se, ainda, que:

Muitos homens e mulheres não conhecem o próprio corpo porque desde pequenos foram estimulados a acreditar que seus órgãos genitais são feios e sujos, por isso, devem ser cobertos e escondidos, na realidade podemos perceber que tudo o que conhecemos melhor, cuidamos melhor (BRASIL, 1995, p. 11).

Há neste trecho um direcionamento que tende a mostrar a necessidade de modificar essas concepções sobre o que é ser mulher e o que é ser homem, enfatizando que essas mudanças podem trazer maiores benefícios para a saúde dos homens e mulheres, permitindo às mulheres um maior conhecimento do seu corpo, levando a cuidados direcionados para sua saúde, sua sexualidade e relacionamento social. Mostrando que a agressividade por parte dos homens tem origem na educação voltada ao estímulo do controle sobre a mulher exercido através de atitudes de poder.

Percebe-se que a evolução na introdução do conceito de gênero se intensifica na década 1990 e tem-se aí um período de profunda repercussão para uma política de saúde da mulher eficiente. As manifestações feministas e sociais continuam a acontecer e proporcionam a redefinição das temáticas que se destacaram na década de 80 e há introdução

de novas ao longo dos anos 90, dentre os quais podem ser mencionados, por exemplo, os relativos à temática do meio ambiente e do desenvolvimento, às mulheres rurais e as meninas e adolescentes (FARAH, 1998).

Concomitante a isso nasce o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher-PAISM que traz a questão de gênero em sua formulação e aplicação, para suprir as demandas de saúde da mulher não envoltas ainda pelas ações de saúde pública do Brasil e também como resposta do Estado a solicitações dos movimentos feministas e sociais por uma saúde com qualidade para as mulheres (BRASIL, 2007e).

A evolução da incorporação do conceito de gênero mediante esse problema econômico não pára, e tem-se a modificação da agenda de gênero que se especifica em torno de temas como saúde, sexualidade, violência contra a mulher, dentre outros, passa ainda a “dialogar” com a agenda mais geral de reforma do Estado, e assim evidenciam-se concepções diferenciadas a respeito da própria incorporação de gênero por políticas públicas (FARAH, 1998)

Finalmente, com base na plataforma de ação definida na Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing, em 1995, e a trajetória do movimento de mulheres no Brasil (que se articula, como visto, a alterações mais abrangentes na relação Estado-Sociedade ocorridas no país nas últimas décadas) constituiu-se na formulação da agenda atual relacionada à questão de gênero (BRASIL, 2007e).

Passando nesse período a ser estabelecida a criação de programas que atendam mulheres vítimas de violência doméstica e sexual, incluindo atenção integral (jurídica, psicológica e médica) e o estabelecimento de abrigos, tudo isso com articulação de medidas repressivas e preventivas (FARAH, 2003).

O PAISM vem propor o desenvolvimento de ações de atenção à saúde em todas as etapas da vida da mulher, incluindo questões como saúde mental e ocupacional da mulher, sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis, prevenção do câncer e planejamento familiar, de forma a superar a concentração na saúde materno-infantil (FARAH, 2004). As mulheres passam a ser visualizadas além do ciclo gravídico-puerperal, a sociedade passa a reconhecer os direitos de meninas e adolescentes, por meio de programas de atenção integral, com ênfase no grupo em situação de risco pessoal e social.

É determinada a geração de emprego, renda e combate à pobreza através do apoio a projetos produtivos voltados à capacitação e organização das mulheres, e da criação de empregos permanentes para o segmento feminino da população e ao incremento da renda familiar para assim possibilitar o empoderamento da mulher sobre seu corpo e a sua saúde. A

violência contra a mulher passa a constituir uma das prioridades da agenda elaborada por movimentos feministas e por movimentos de mulheres no Brasil, desde os anos 80, fazendo parte do conjunto de propostas formuladas tendo em vista a implementação de políticas públicas de gênero (FARAH, 2003). Logo, pode-se constatar que a década de 1990 foi o momento de inserção consolidada do conceito de gênero nas políticas de saúde.

A década de 2000 agrega um maior número de títulos com abordagem de gênero, refletindo avanços da década de 90, através das conferências internacionais. Nota-se, a partir deste momento, uma atuação de forma mais concreta e direcionada nesta área, uma vez que as reivindicações e ações de saúde seguem um grau de necessidade, então são determinadas prioridades e no momento que elas são alcançadas passa-se a estabelecer novas.

A partir do ano 2000, a violência contra a mulher passa a ser entendida como uma consequência ou fruto das relações sociais de gênero, não pertencente mais ao campo íntimo ou privado. Nesta década as ações voltadas para a saúde da mulher foram ampliadas, porém na prática, a atenção à mulher ainda está voltada para o período da idade fértil, o que denota a manutenção da idéia conservadora sobre a saúde da mulher que considera, sobretudo, sua capacidade reprodutiva.

É a discussão sobre a violência de gênero, enquanto problema de saúde pública e enquanto demanda de ampliação de políticas e ações de enfrentamento, que amplia no país o debate sobre gênero. As iniciativas na área de combate à violência contra a mulher datam da década de 1980, com a criação das Delegacias de Mulheres, refletindo a agenda dos movimentos e organizações de mulheres, que tem no combate à violência uma de suas prioridades. O combate à violência de gênero consagra-se como um campo de debate destinado à incorporação da perspectiva de gênero pela ação governamental e em todos os setores a qual se volta à transformação do padrão de relações de gênero, marcado pela subordinação da mulher (FARAH, 2004).

O material intitulado “*Parto, aborto e puerpério: Assistência Humanizada à Mulher*” (2001), elaborado pela Secretaria de Políticas de Saúde da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde em conjunto com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO), objetiva disseminar conhecimentos e práticas da assistência ao parto entre os profissionais de saúde (BRASIL, 2001a).

Com relação à abordagem de gênero, o material reafirma que a identidade cultural de gênero é construída no tempo e no espaço, criando estereótipos de papéis diferenciados, assinalados pelos interesses imediatos das sociedades nos diferentes momentos históricos.

Mostra-se, assim, que este modelo social predominante vem impedindo a mulher de ser sujeito pleno de sua própria história. Esse modelo construído socialmente predetermina formas de conhecimento e ação na área da saúde inclusive, que evidenciam seu caráter patriarcal (BRASIL, 2001a).

Em sua concepção atribui, ainda, as causas dessa relação de poder sobre a mulher, como nota-se no trecho abaixo:

Esses determinantes histórico-sociais vêm se refletindo, ao longo dos tempos, na atuação médica nas questões relacionadas à saúde da mulher; a exaltação da maternidade – discurso dominante a partir do século XIX – trouxe no seu bojo não a proteção da mulher nas vulnerabilidades a que está exposta no processo de manutenção da espécie, mas a perpetuação das relações de poder entre os sexos (BRASIL, 2001a, p. 11).

O material em questão refere-se a dois importantes aspectos: a reprodução como fator que afeta à mulher de uma forma que transcende as divisões de classe e atinge todas as suas atividades, incluindo sua educação, seu trabalho, seu envolvimento político e social, sua saúde, sua sexualidade, enfim sua vida e seus sonhos; e a questão da “romantização” do papel feminino estabelecido sutilmente na conexão entre a biologia da mulher com a maternidade, que também orienta os profissionais e usuários, leitores de forma geral a subestimar o poder repressivo sobre as mulheres que se estabelece com essa conexão. Essa visão “reprodutiva” das mulheres é muito menos resultado de sua condição biológica, e acima de tudo, determinada pela organização social e cultural, visto que:

A definição de identidade sexual como fator eminentemente biológico, em que as características anatômicas, fisiológicas e hormonais definem macho e fêmea, é por demais estreitas para abarcar a totalidade dos universos masculino e feminino (BRASIL, 2001a, p. 12).

Compreende-se, portanto, que a desvinculação entre vida sexual e reprodução, em vez de proporcionar a liberdade feminina, tem se apresentado de forma a criar artimanhas que preservam os tabus e a inconsciência, deixando inalterado o modelo tradicional de imposição de alternativas à mulher.

O material intitulado “*Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*” (2004), elaborado pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM), após a realização da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, vem consolidar e reafirmar o compromisso assumido pelo governo em enfrentar as desigualdades de gênero e raça no país. O Plano foi construído com base nos resultados desta conferência e expressa o reconhecimento do papel do Estado como promotor e articulador de ações políticas que garantam um Estado de Direito, e o entendimento de que cabe a ele, e aos governos que o

representam, garantir políticas públicas que alterem as desigualdades sociais existentes em nosso país. Expressa ainda o reconhecimento de que a construção destas políticas deve ser feita em permanente diálogo com a sociedade e as organizações que a representam (BRASIL, 2004c).

Esse documento se constitui de grande relevância para o estudo de conceito de gênero, pois vem pela primeira vez estabelecer uma política pública com uma diversidade de aspectos da vida da mulher como as condições das mulheres brasileiras nos dias atuais, a autonomia, igualdade no mundo do trabalho e cidadania das mulheres, educação direcionada de forma inclusiva e não sexista, a saúde das mulheres e seus direitos sexuais e reprodutivos, o enfrentamento à violência contra a mulher e em todas essas temáticas há uma referência às concepções de gênero, expressando uma clara evidência do papel da sociedade nesse processo da construção do que é ser mulher e o que é ser homem:

“... Esta política assume o pressuposto que a definição dos papéis sociais de homens e mulheres é uma construção histórica política, cultural e um componente estrutural das relações sociais e econômicas e almeja, coerentemente, o rompimento da visão corrente que rebaixa, desqualifica e discrimina a mulher e seu papel em nossa sociedade.” (BRASIL, 2004c, p. 27).

Esse título traz grandes contribuições para as políticas de saúde da mulher com abordagens explícitas de gênero e suas implicações para a vida de homens e mulheres.

O terceiro material em análise nesta categoria intitula-se “*Violência Intrafamiliar: Orientações para a Prática em serviço – Caderno de Atenção Básica – No. 8*” (2002), manual que inseriu a discussão sobre as relações de gênero de forma mais explícita, na década de 2000, através da discussão da violência contra a mulher. No contexto da categoria em questão, o material define as diferenças estabelecidas entre homens e mulheres como:

É a construção cultural coletiva dos atributos da masculinidade e feminilidade. Esse conceito foi proposto para distinguir-se do conceito de sexo, que define as características biológicas de cada indivíduo (BRASIL, 2002, p.14).

Em nossa sociedade para tornar-se homem e mulher é preciso submeter-se a um processo que denominado de socialização de gênero, baseado nas expectativas que a cultura tem em relação a cada sexo. Dessa forma, para este material a identidade sexual é algo construído, que transcende o biológico, adicionando-se que:

O sistema de gênero ordena a vida nas sociedades contemporâneas a partir da linguagem dos símbolos, das instituições e hierarquias da organização sócia, da representação política e do poder. Com base na interação desses elementos e de suas formas de expressão, distinguem-se os papéis de homens e da mulher na família, na divisão do trabalho, na oferta de bens e

serviços e até na instituição e aplicação das normas legais (BRASIL, 2002, p.14).

O material traz, ainda, em suas discussões o papel da educação destinada de forma diferenciada para homens e mulheres nas relações de gênero instituídas nos relacionamentos, atribuindo as causas e os motivos para essa diferenciação:

Durante séculos, as mulheres foram educadas para submeterem-se aos homens. A “domesticação” da mulher foi consequência da necessidade dos homens assegurarem a posse de sua descendência. O fato de que a maternidade é certa e a paternidade apenas presumível (ou incerta) sempre foi um fantasma para a organização da cultura patriarcal. O controle da sexualidade e da vida reprodutiva da mulher garante a imposição das regras de descendência e patrimônio e, posteriormente, um sistema rígido de divisão sexual de trabalho. Assim, a mulher passa a ser tutelada por alguns homens (BRASIL, 2002, p. 14).

Estes atributos direcionados de formas estereotipados para homens e mulheres sempre justificou o autoritarismo masculino, interpretando a violência do homem contra a mulher como algo natural. Isso impregnou de tal forma nossa cultura que, assim como muitos homens não assumem que estão sendo violentos, muitas mulheres também não reconhecem a violência que estão sofrendo, como reafirma o trecho em seguida:

Um fator significativo da vitimização pode ser o fato de que a mulher foi socializada para ser mais desvalorizada, passiva, resignada e submissa que o homem. Sem dúvida, a explicação da origem deste fenômeno, e sua magnitude, há que buscá-la nos fatores culturais e psicossociais que predispõem o agressor a cometer esta violência e nas formas em que a sociedade tolera, e inclusive estimula, este comportamento do companheiro, ou da família, ou porque não encontra apoio no sistema jurídico (BRASIL, 2002, p.15).

Esta publicação oficial relata sobre um tema real e atual na vida das mulheres, referida de diversas formas desde a década de 50. Designada como violência intrafamiliar na metade do século XX, vinte anos depois passa a ser referida como violência doméstica e na década de 2000, os estudos passam a tratar essas relações de poder, em que a mulher em qualquer faixa etária é submetida e subjugada como violência de gênero. Mostra dados e políticas sobre a violência contra as mulheres, apresentada de forma multifacetada e sofrida em todas as fases da vida; muitas vezes, iniciando-se ainda na infância, acontece em todas as classes sociais. A violência cometida contra mulheres no âmbito doméstico e a violência sexual são fenômenos ainda cercados pelo silêncio e pela dor, portanto políticas públicas específicas que incluam a prevenção e a atenção integral, discutindo a sua relação com o conceito construído pelas organizações sociais e culturais as quais nos inserimos, contribuindo com a sua transversalidade nas políticas direcionadas às mulheres, são fatores que podem proporcionar o

empoderamento, ou seja, o fortalecimento das práticas autopositivas e do protagonismo feminino no enfrentamento da violência no Brasil.

O quarto material citado intitula-se de “*Comunicação e mídia – para profissionais de saúde que atuam nos serviços de atenção para mulheres e adolescentes em situação de violência sexual*” (2007) produzido pelo Ministério da Saúde em conjunto com o Instituto Patrícia Galvão – Comunicação e Mídia, uma organização da sociedade civil, sem fins lucrativos, criada em 2000, que se propõe a dar visibilidade na mídia a temas críticos que envolvam a violação dos direitos das mulheres; realizar ações de capacitação em mídia para lideranças sociais e profissionais de educação e saúde; fortalecer os movimentos de mulheres em suas ações de comunicação junto à mídia; realizar estudos, pesquisas e publicações sobre questões relacionadas à realidade das mulheres; e promover ações de comunicação que levem a mudanças culturais, de comportamento e mentalidade, voltadas ao respeito aos direitos humanos das mulheres, procurando com essa publicação abordar e oferecer contribuições no estudo de violência contra a mulher. O material citado traz à discussão a relação das construções sociais sobre os comportamentos relativos aos homens e às mulheres com a violência gerada contra à mulher:

Pode-se dizer que a agressão contra a mulher acontece porque em nossa sociedade muita gente ainda acha que o melhor jeito de resolver um conflito é a violência e que os homens são mais fortes e superiores às mulheres. É assim que, muitas vezes, os maridos, namorados, pais, irmãos, chefes e outros homens acham que têm o direito de impor suas vontades às mulheres. (BRASIL, 2007e, p. 42).

Dessa maneira, meninas e meninos aprendem a lidar com as emoções de formas diferentes. Os garotos são ensinados a reprimir as manifestações de amor, tristeza, afeto e amizade, e estimulados a exprimir outras, como raiva, agressividade, ciúmes e desejo sexual, que leva à naturalização do poder e da violência direcionado às mulheres, a subnotificação também revela uma moral conservadora a respeito das relações conjugais e uma visão machista sobre a mulher vítima de estupro e de agressões pelo companheiro. Com a naturalização da subalternidade das mulheres e do uso da violência na resolução dos conflitos, muitas pessoas não consideram que a relação sexual forçada pelo parceiro seja um estupro, mas apenas o cumprimento das obrigações conjugais da mulher.

O material “*Violência contra a mulher adolescente-jovem*” (2007), elaborado pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e Conselho Nacional dos Direitos da Mulher apresenta abordagem de gênero em seu conteúdo, com trechos que levam à inserção nesta primeira categoria e reafirmam que os estereótipos dos modos de ser mulher e de ser homem

são adquiridos cultural e socialmente a partir da educação oferecida ainda na infância e ao longo do seu desenvolvimento:

Durante as entrevistas com os alunos, observamos que as meninas receberam um reforço para o bom comportamento, tendo sido direcionadas pela família, mesmo que involuntariamente, a desenvolverem mais habilidades relacionais e afetivas. Por outro lado, dos meninos foram mais exigidas as habilidades de competência, com a constante preocupação dos pais quanto ao seu desempenho na escola e ao estímulo em atividades esportivas (BRASIL, 2007f, p. 26).

Durante a década de 1990 a expressão *gênero* o começou a ser debatida enfaticamente para dar a idéia de que há uma construção social dos gêneros masculino e feminino, de que estes conceitos são construídos historicamente. Isso significa que o universo feminino nem o masculino são dados pela natureza, não são inatos e podem ser modificados, reconstruídos. Nessa perspectiva, gênero pode ser entendido como uma construção social, entendendo, portanto, que esse conceito é plural, ou seja, haveria conceitos de feminino e masculino, social e historicamente diversos. Essa idéia de pluralidade implicaria não apenas que as sociedades diferentes teriam concepções diversas de homem e mulher, como também no interior de uma sociedade tais concepções seriam diversificadas conforme a classe, a religião, a raça, a idade, geração, etc., além disso, implicaria admitir que os conceitos de masculino e feminino se transformariam em diferentes contextos históricos (LOURO, 1996).

As diferenças de gênero construídas nas relações também levam a naturalização do poder do espaço do homem sobre o espaço da mulher, predestinando as mulheres às atividades meramente domésticas e quando atinge o mercado de trabalho, este se traduz por um ambiente injusto, com distinções entre salários, além de jornada dupla, onde seu trabalho doméstico é desvalorizado e gera sobrecarga para sua saúde. Muitos dos problemas de saúde que acometem homens e mulheres estão associados aos seus papéis sexuais. Fato que deve ser levado em consideração para compreender o significado do termo gênero, portanto é necessário pensar que o mesmo é o resultado de uma associação complexa de uma série de elementos, categorizado pelos estudiosos como gênero genético, somático, psicológico e social. Para o autor os mesmos se relacionam entre si, embora cada um possa ter uma determinada ação diferenciada do outro (SILVA, 1996).

- c) Subcategoria 1.3: Concepção intragênero e a interseccionalidade com raça, etnia, orientação sexual, geração e renda

O conceito de gênero compreendido como uma categoria analítica visa distinguir práticas sexuais dos papéis sexuais atribuídos às mulheres e aos homens e, além disso, representa uma maneira de indicar as construções sociais que estão por trás dos ditos papéis masculinos e femininos (SOUZA, 2004). No entanto, a partir da década de 2000, a elaboração de políticas públicas vem contemplar a necessidade da intersecção do gênero com outras categorias analíticas como raça/etnia, orientação sexual, geração e renda para explicar as diferenças e desigualdades entre homens e homens, mulheres e mulheres e entre homens e mulheres e suas repercussões na vida e na saúde de homens e mulheres, aspectos estes norteadores do planejamento de novas políticas, não visualizados dessa maneira até então.

Destacando-se como objeto e, também, como campo de estudos, o gênero tem apresentado uma diversidade de abordagens, que tem enriquecido o debate sobre questões pertinentes a esse tema. Nesse sentido destacam-se, a concepção intragênero e a interseccionalidade com raça, etnia, orientação sexual, geração e renda.

O conceito de gênero é compreendido como a diferenciação social entre os homens e as mulheres, e desigualdades sociais entre homens e entre mulheres e que resulta de uma organização social e cultural. Destaca-se, também nas políticas, uma compreensão de gênero de forma mais ampla, uma vez que as desigualdades de gênero tendem a aprofundar outras desigualdades sociais e as discriminações de classe, raça, casta, idade, orientação sexual, etnia, deficiência, língua ou religião, dentre outras (INFOPÉDIA, 2010).

O gênero é, portanto, considerado um elemento que condiciona a posição social dos indivíduos, numa intersecção com a classe, os rendimentos econômicos, a profissão, o nível de escolaridade, a idade, a raça, a etnia, a religião e a nacionalidade. Neste âmbito, têm-se desenvolvido estudos sociológicos centrados na discriminação e na diferenciação social, em função do gênero, em diversas áreas da vida em sociedade, tais como, por exemplo, as desigualdades no acesso ao poder e ao emprego e na atribuição de rendimentos salariais.

Para Saffioti (1992, p. 185) “[...] as relações de gênero travam-se em terrenos de poder em que há exploração dos subordinados e a dominação dos explorados, dominação e exploração, sendo faces de um mesmo fenômeno.” Portanto, a relação de poder comumente travado entre homens e mulheres, também se dá entre relações do mesmo sexo como, por exemplo, entre mulheres de classes sociais diferentes, com condições financeiras distintas determinadas por melhores ou piores condições profissionais e de escolaridade, além disso, há

diferenças entre homens e/ou entre mulheres de raças distintas, uma vez que ao longo da história estabeleceu-se uma falsa ciência que justificava a superioridade e inferioridade dos homens.

A certeza de inferioridade de certos grupos humanos justificou por muitos anos a escravidão. Um exemplo disso são os estudos de Viana (1991) apud Souza (2004), que afirmam a inferioridade, inclusive psicológica, dos negros em relação aos brancos, naturalizando as desigualdades, no entanto Freire (2003) vê na cultura a base explicativa para a diferença e neste sentido, Souza (2004) assevera que a distância genética entre um homem de pele bem escura e um homem de pele clara pode ser bem inferior do que aquela que separa dois homens de pele clara. Destacam-se ainda as diferenças construídas nas relações intergeracionais que levam muitas vezes o jovem a uma condição de poder sobre os mais idosos, além de tantas outras diferenças geradas na interseccionalidade dentro dos diferentes campos da sociedade.

Esta subcategoria concepção intragênero e a interseccionalidade com raça, etnia, orientação sexual, geração e renda procurou identificar estas concepções de relações intergênero e devido à relevância e atualidade do tema, encontra-se dentro desta subcategoria a totalidade de 12 materiais, nota-se, portanto, elevado número de documentos que abordam a discussão desta temática, e em sua maioria, encontram-se na década de 2000, sendo essa nova concepção de gênero e sua interseccionalidade com outras categorias de análise sustentada a partir dessa década.

DÉCADA	MATERIAIS QUE ABORDAM O CONCEITO DE GÊNERO E ANO DE PUBLICAÇÃO	CATEGORIAS/ IDENTIFICADAS	Subcategorias
2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Violência Intra-familiar: Orientações para a Prática em Serviços – Cadernos de Atenção Básica – nº 8</b></li> </ul>	<p><b><u>Categoria Central:</u></b> Padrões culturais dominantes e a evolução do conceito de gênero</p> <p>d) <b><u>Subcategorias:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Concepção intragênero e interseccionalidade com raça/etnia, orientação sexual, geração, classe social e renda</li> </ul>	
2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Diálogos sobre violência doméstica e de gênero - construindo políticas públicas.</b></li> </ul>		
2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Plano nacional de políticas para as mulheres</b></li> </ul>		
2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Política nacional de Atenção integral a saúde da mulher, Princípios e diretrizes</b></li> </ul>		
2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Anais da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres</b></li> </ul>		
2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Perspectiva da Equidade no pacto Nacional pela redução da mortalidade Materna e Neonatal – Atenção à Saúde das Mulheres Negras – Série F. Comunicação e Educação em Saúde.</b></li> </ul>		
2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Marco teórico e referencial Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens</b></li> </ul>		
2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Comunicação e mídia – para profissionais de saúde que atuam nos serviços de atenção para mulheres e adolescentes em situação de violência e sexual</b></li> </ul>		
2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Relatório de gestão 2003 à 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher</b></li> </ul>		
2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Plano Nacional de Políticas para as Mulheres – Versão compactada – II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres – Regimento</b></li> </ul>		
2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.</b></li> </ul>		

**Quadro 3.** Materiais oficiais do Ministério da Saúde inseridos na subcategoria 1.3 - Concepção intragênero e interseccionalidade com raça/ etnia, orientação sexual, geração, classe social e renda.

Inicialmente destaca-se o material já abordado na categoria anterior intitulado “*Violência Intrafamiliar: Orientações para a Prática em serviço – Caderno de Atenção Básica – No. 8*” (2002). Este documento traz a violência de gênero como expressão máxima da relação de poder do homem sobre a mulher. A violência muitas vezes é um instrumento para consolidar o papel de homem que é esperado pela sociedade com atitudes de agressividade e superioridade. Dentro deste contexto há diferentes expressões da violência, como por exemplo, a violência intrafamiliar que representa toda ação ou omissão que venha a prejudicar o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. (BRASIL, 2002)

A violência pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços sanguíneos, e em relação de poder sobre o outro, tem-se, ainda, a violência doméstica, que se distingue da violência intrafamiliar por incluir outros membros do grupo, sem função parental, mas que convivam no mesmo espaço doméstico. Incluem-se aí empregados(as), pessoas que convivem eventualmente, agregados. Há na sociedade algumas classes que se encontram em situação de maior exposição e são vítimas desse tipo de violência, assim como ratifica o manual em análise “A violência intrafamiliar é um problema social de grande dimensão que afeta toda a sociedade, atingindo, de forma continuada, especialmente mulheres, crianças, adolescentes, idosos e portadores de deficiência” (BRASIL, 2002, p. 7).

Estas discussões tornaram-se mais constantes à medida que os estudos e políticas sobre o tema, nos últimos anos, em especial na década de 2000, passaram a preocupar a sociedade, particularmente a violência doméstica - fenômeno trazido à luz pelos movimentos de mulheres. Por esta razão, muitas vezes o termo foi utilizado para descrever situações de violência intrafamiliar, no espaço doméstico, atingindo as mulheres por sua condição de gênero construída socialmente no decorrer dos anos.

O relatório anual *Condiciones de Salud en Las Americas* aponta, neste sentido, aspectos relevantes deste problema:

Um fator significativo da vitimização pode ser o fato de que a mulher foi socializada para ser mais desvalorizada, passiva, resignada e submissa que o homem. Sem dúvida, a explicação da origem deste fenômeno, e sua magnitude, há que buscá-la nos fatores culturais e psicossociais que predispõem o agressor a cometer esta violência e nas formas em que a sociedade tolera, e inclusive estimula, este comportamento (OPAS, 1994, p. 16).

O trecho aponta a naturalização da violência, apoiada mesmo que de forma involuntária pela cultura, e alguns dos motivos que levam ao silêncio e a subnotificação deste fato por parte das mulheres. No entanto de forma agravante, há ainda dentre as mulheres, grupos específicos bastante afetados por essa violência e acometidos na grande maioria das vezes pelos próprios familiares. O material destaca entre esses grupos específicos a situação das mulheres idosas, grupo populacional que vem aumentando com grande velocidade na nossa sociedade. Fato que preocupa, uma vez que o enfoque da violência tem recaído sobre estas, assim como afirma o documento em estudo que “As vítimas são, geralmente, mulheres viúvas, de idade avançada, com problemas físicos ou cognitivos e que moram em companhia de familiares” (BRASIL, 2002, p.8).

As discussões sobre o envelhecimento encontram-se sempre em pauta nas discussões sobre saúde e políticas públicas, uma vez que nos dias atuais considera-se o envelhecimento populacional um fenômeno mundial devido ao aumento no número da população como também da expectativa de vida neste grupo populacional, ocasionando mudanças socioeconômicas, demográficas e sociais. No Brasil, dados do último censo de do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2008) apontam que a média de anos de vida da população está crescendo de forma persistente e contínua.

Entre 1980 e 2000, a proporção de brasileiros com mais de 60 anos aumentou 6,1% para 8,6%, devendo chegar a 14% até 2025, o que representará uma das maiores populações do mundo. Nota-se, também, que em relação ao sexo, esta diferença está acentuada entre as mulheres e os homens, com um grande aumento no número de mulheres com mais de 50 anos na população mundial, que de 467 milhões em 1990 deverá chegar a 1,2 bilhões em 2030. Além disso, é necessário considerar a crescente participação dessas mulheres no mercado de trabalho e geração de divisas. Fato que vem mostrando uma clara tendência para a feminilização (LORENZI et al, 2009), logo o envelhecimento passa a ser um fenômeno que se conjuga, antes de tudo, no feminino.

Outro fato relevante é o aumento na expectativa de vida, visto que a média de sobrevivência das mulheres na Idade Média era de 25 anos, só no início do século XX com o avanço da ciência é que a expectativa de vida pôde chegar aos 50 anos. No Brasil, a esperança de vida média da mulher brasileira ao nascer no ano de 2001 foi de 68,82 anos e, nos dias atuais, já ultrapassa em 10,8 anos a masculina, chegando aos 75,6 anos (VIGETA; BRÊTAS, 2004).

A explicação para a feminilização da velhice ou o superávit feminino nas idades mais avançadas está vinculada à questão da mortalidade diferencial por sexo. As mortes violentas,

que atingem, sobretudo, os homens de 15 a 24 anos, são apontadas como determinante dessa defasagem; outra razão é a queda da mortalidade materna, propiciada, sobretudo, pelos avanços tecnológicos e por uma maior distribuição de recursos oferecidos pela área médica (CORDENADORIA DO IDOSO, 2010).

Entre os idosos prevalece, em nossa sociedade, um elevado contingente de viúvas, as quais contrastam com a alta proporção de homens casados. Dentre as razões para este fato estão em primeiro lugar a maior longevidade feminina; em segundo, ocorre ligado a normas culturais e sociais que prevalecem em nosso país, as quais levam os homens a se casarem com mulheres mais jovens. Observou-se em um estudo que em 67% dos casamentos, os homens são mais velhos que as mulheres, enquanto que em 18% o casal possui a mesma idade e em apenas 15% as mulheres apresentam idades superiores aos seus parceiros (CORDENADORIA DO IDOSO, 2010).

Dessa forma, se faz necessário voltar a atenção sobre os cuidados e a elaboração de políticas públicas direcionadas a essa parcela da população e de modo especial ao elevado contingente de mulheres idosas que vem aumentando em nosso país e que passa por situações de abandono, exploração, maus-tratos, enfim violências expressas das mais diversificadas formas, devido a sua situação de gênero.

A violência intrafamiliar expressa dinâmicas de poder/afeto, nas quais estão presentes relações de subordinação-dominância. Nessas relações – homem/mulher, pais/filhos, diferentes gerações, entre outras – as pessoas estão em posições opostas, desempenhando papéis rígidos e criando uma dinâmica própria, diferente em cada grupo familiar (BRASIL, 2002). Ao discorrer sobre os meios de prevenir este tipo de violência, o autor compreende que uma política de prevenção, deva iniciar-se no nível local e deve estar voltada para dar visibilidade ao problema, desconstruindo a concepção social de que a violência é algo que faz parte da natureza, reforçando o conceito de que a violência é cultural e por isso pode ser eliminada da convivência social, e neste diapasão, o material elabora estratégias e compromissos sob o enfoque de gênero:

A prevenção é feita também através do questionamento à desigualdade de gênero, de raça e etnia, geracional, de orientação sexual e às desigualdades econômicas agudas que levam à exclusão da cidadania um contingente significativo da população, atingindo as condições de saúde e bem-estar das pessoas [...] [...] e na sociedade atuar na mudança das crenças, tabus e valores culturais envolvendo os papéis de gênero, geracionais, relações de poder na família. [...] [...] afirmando novas concepções e novos modelos de poder (BRASIL, 2002, p.85 e 86).

É preciso chamar atenção, também, para a violência resultante da falta de acesso aos serviços necessários, da falta de qualidade ou inadequação do atendimento, que representa mais uma agressão a pessoas que buscam assistência por terem sofrido violência intrafamiliar ou qualquer outro tipo de violência. Alertar para este tipo de violência – a qual se denomina institucional – é muito importante, pois as pessoas que sofrem violência estão especialmente vulneráveis aos seus efeitos.

O material traz grandes contribuições para os estudos da violência contra as mulheres, uma vez que aborda o conceito de gênero relacionando com a violência intrafamiliar e ao propor que a sua prevenção esteja inserida cada vez mais no enfoque das diferenças de gênero e intragênero mediante ações de comunicação, culturais e econômicas, que sejam capazes de gerar uma consciência coletiva e um compromisso frente aos problemas de discriminação e desigualdades aos quais estão submetidos os diferentes grupos populacionais.

Em seguida encontra-se o material “*Diálogos sobre violência doméstica e de gênero - construindo políticas públicas*” (2003), elaborado pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. O documento em questão, da mesma forma que o anterior, transcorre sobre este grave problema que atinge às mulheres brasileiras - o fenômeno da violência de gênero, também chamado de violência contra mulher e que ocorre no mundo inteiro e atinge as mulheres em todas as idades, grau de instrução, classes sociais, raças, etnias e orientações sexuais. A violência de gênero em seus aspectos de violência física, sexual e psicológica, é um problema que está ligado ao poder, onde de um lado impera o domínio dos homens sobre as mulheres, e de outro lado, uma ideologia dominante, que lhe dá sustentação.

A violência, seja ela física, sexual, psicológica ou de outro tipo, atinge mulheres de todas as raças. O documento oficial em estudo destaca que há um agravamento da violência quando a mulher é negra, pelo racismo que gera outras violências adicionais e neste contexto o documento relaciona a vulnerabilidade da mulher negra ao papel destinado a elas na conjuntura social, uma vez que, segundo o trecho “O papel da mulher negra na formação da cultura nacional é rejeitado; a desigualdade entre homem e mulher é erotizada; a violência sexual contra as mulheres negras é romantizada” (BRASIL, 2003, p.12).

As mulheres negras sofrem mais violência por sua condição de gênero num contexto racial e econômico, fato que implica consequências, no decorrer de sua história, para sua saúde e que deixam marcar severas não só no corpo, mas na alma, acrescido a esta realidade tem-se:

[...] outro aspecto da violência racial na temática de gênero e da violência contra a mulher, que é a violência psicológica. Graves sequelas na

autoestima das mulheres negras, advindas desta imagem desvalorizada, presente no imaginário social, encerram suas ordens diferentes de violência: uma oriunda da ideologia machista patriarcal, que concebe as mulheres em geral como objetos de propriedade masculina; a outra, de natureza racial, que institui a desvalorização das negras em relação às brancas, disponíveis e acessíveis a precinhos módicos (BRASIL, 2003, p. 12).

É importante ressaltar que independentemente do tipo de violência praticada contra a mulher, todas têm como base comum as desigualdades que predominam em nossa sociedade e neste contexto o material em estudo visualiza a importância de se promover melhorias nas políticas públicas para as mulheres que se encontram em situação de desigualdade social acentuada por sua condição de gênero, seja ela negra, índia, pobre, imigrante, homossexual, deficiente física, penitenciárias ou qualquer outra condição que a torne mais vulnerável do que outras pessoas, neste entendimento:

... é preciso desenvolver uma forte estratégia de políticas públicas que reconheçam as perdas e as desvantagens que recaem sobre as mulheres por sua condição de gênero, por sua condição de pobreza, geracional, agravada para aquelas que têm a seu cargo a chefia da família, são portadoras de deficiência e, sobretudo, por sua condição de raça e etnia, nos casos das mulheres negras, indígenas e, estas mais que todas, atingidas fortemente pelas pressões de exploração econômica, migratória e sexual (BRASIL, 2003, p.10).

O material em estudo mostra ainda impactos das diferenças de intergênero no mercado de trabalho, uma vez que para as mulheres há uma maior dificuldade para conseguir trabalho e quando consegue empregar-se no mercado de trabalho, concentram-se em espaços bastante diferentes daqueles ocupados pelos trabalhadores do sexo masculino. Neste processo, os lugares ocupados pela população feminina e negra tendem a ser mais precários do que aqueles ocupados pela masculina e branca, com menor – ou nenhum – nível de proteção social (BRASIL, 2003). O material analisado ainda acrescenta que:

[...] a taxa de desemprego da população economicamente ativa está assim distribuída: entre as mulheres negras é de ordem 27,6% contra 24,0% para os homens negros; 20,3% para as mulheres brancas e 15,2% para os homens brancos [...] quando empregadas, as mulheres negras ganham em média metade do que ganham as mulheres brancas e quatro vezes menos do que ganham os homens brancos (BRASIL, 2003, p.18).

As mulheres são em maior proporção que os homens, empregadas domésticas, trabalhadoras na produção para o próprio consumo e não-remuneradas, enquanto os homens encontram-se, proporcionalmente, mais presentes na condição de empregados (com e sem carteira assinada), autônomos e empregador. E são as mulheres negras as que mais ocupam postos no emprego doméstico (21,4% contra 12,7% das mulheres brancas) e nas categorias

que englobam a produção para autoconsumo, a construção para o próprio uso e as trabalhadoras não remuneradas (17%, contra 12%) (BRASIL, 2008a).

A intensidade com que se dedicam a esses afazeres também é diferenciada: as mulheres gastam aproximadamente 25 horas semanais cuidando de suas casas e de seus familiares, enquanto os homens que executam estas tarefas gastam menos de 10 horas por semana. A necessidade de conciliar trabalho e cuidados domésticos faz com que muitas mulheres encontrem como alternativa o emprego em jornadas de trabalho menores. Logo, enquanto apenas 19,3% dos homens trabalham habitualmente menos de 40 horas semanais, esse percentual atinge significativos 42,7% quando se fala de trabalhadoras do sexo feminino.

Estas diferenças na forma de inserção no mercado de trabalho, aliadas à existência de mecanismos discriminatórios e preconceitos baseados em estereótipos tais como o da incapacidade feminina para a liderança, fazem com que a remuneração mensal de mulheres seja inferior à verificada para homens (BRASIL, 2008a). Para as mulheres negras ainda existem outros fatores agregados a esses modelos de discriminação à mulher:

A construção da plena cidadania para as mulheres negras passa pela rejeição dos mecanismos de discriminação racial com a “boa-aparência”, um eufemismo que garante o acesso privilegiado ao mercado de trabalho para as mulheres brancas (BRASIL, 2003, p.17).

Portanto, desprezar a variável racial na temática de gênero é deixar de aprofundar a compreensão de fatores culturais racistas e preconceituosos determinantes nas violações dos direitos humanos das mulheres no Brasil, que estão intimamente articulados com a visão, segundo a qual, há seres humanos menos humanos do que outros e, portanto, se aceita complacentemente que estes não sejam tratados como detentores de direitos. Esta visão se encontra tão naturalizada entre a população que atinge o próprio grupo negro, provocando nas mulheres negras uma autoestima desvalorizada, que mesmo homens negros contribuem para agravar.

Em sequência o material analisado foi o “*Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*” (2004) elaborado pela Secretaria Especial de Políticas para as mulheres da Presidência da República e corresponde ao compromisso assumido pelo governo federal, vigente no momento de sua construção, de enfrentar as desigualdades de gênero e raça no Brasil, afirmado desde a criação de Secretarias Especiais de Políticas para as Mulheres e de Promoção da Igualdade Racial e durante a realização da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres que indicou “as diretrizes da política nacional para as mulheres na perspectiva da igualdade de gênero, considerando a diversidade de raça e etnia”, atende, também, aos compromissos internacionais que o Brasil assumiu ao longo dos anos, em

particular com a implementação das ações propostas nas Convenções de Belém do Pará e CEDAW, Conferências de Cairo, Beijing, e nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (BRASIL, 2004d).

Este material que consiste no Plano Nacional de Políticas para as Mulheres foi construído com base nos resultados desta I Conferência e pretendeu expressar o reconhecimento do papel do Estado como promotor e articulador de ações políticas que visem garantir um Estado de Direito, e o entendimento de que cabe a ele e aos governos que o representam, construir políticas públicas que alterem as desigualdades sociais existentes no país (BRASIL, 2004c).

O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres teve como objetivo contribuir para que as políticas atinjam e modifiquem a vida das mulheres, estabelecendo relações mais igualitárias entre mulheres e homens, e entre as próprias mulheres. Este Plano Nacional visa promover a incorporação da perspectiva de gênero e raça nas políticas públicas reconhecendo e enfrentando as desigualdades entre homens e mulheres, negros e negras, no contexto do projeto político de gestão governamental (BRASIL, 2004c), uma vez que, um país democrático tem de assegurar condições dignas de vida e oportunidades iguais para todas as pessoas, e que é princípio da democracia, proporcionado pela igualdade de gênero e raça.

O Plano traz grandes contribuições para os estudos na área da saúde da mulher, ao estruturar-se em torno de quatro áreas estratégicas de atuação: autonomia, igualdade no mundo do trabalho e cidadania; educação inclusiva e não sexista; saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos; e enfrentamento à violência contra as mulheres. Em relação a estas áreas o material contempla as políticas e ações com enfoque de gênero que devem ser desenvolvidas ou aprofundadas para que mudanças qualitativas e quantitativas se efetivem na vida das mulheres brasileiras. Contribui de forma relevante para a transversalidade de gênero e neste sentido acredita que todos os governos devem estar envolvidos para a sua implementação, uma vez que:

Este processo fortaleceu nossa convicção de que o enfrentamento das desigualdades de gênero, de raça e etnia, tem um sentido amplo, que não se esgota na implementação de uma proposta de governo. É, portanto, uma política de Estado com a qual todos os governos democráticos devem estar comprometidos (BRASIL, 2004c, p. 11).

As mulheres sempre foram colocadas em situação de desigualdade. As relações sociais e o sistema político, econômico e cultural imprimiram uma relação de subordinação das mulheres em relação aos homens. Esta desigualdade sempre foi tratada como natural, como imutável e tem sido uma das formas de manter a opressão sobre as mulheres. Como se fosse

inerente ao ser mulher ser subordinada. As relações desiguais entre mulheres e homens são sustentadas pela divisão sexual e desigual do trabalho doméstico, pelo controle do corpo e da sexualidade das mulheres e pela exclusão das mulheres dos espaços de poder e de decisão. Diante disto, o Estado tem a responsabilidade de programar políticas públicas que tenham como foco as mulheres, a consolidação da cidadania e a igualdade de gênero, com vistas a romper com essa lógica injusta. O material contribui com a transversalidade de gênero sob a ótica das diferenças intergênero uma vez que traz em seus pressupostos que:

A Política Nacional para as Mulheres visa construir a igualdade e equidade de gênero, considerando todas as diversidades – raça e etnia, gerações, orientação sexual e deficiências. As mulheres são plurais, e as políticas propostas devem levar em consideração as diferenças existentes entre elas (BRASIL, 2004c, p. 11).

O material ao assumir essa posição traz contribuições à promoção da melhoria na qualidade de vida das mulheres, pois a atuação do Estado, especialmente por meio da formulação e implementação de políticas, interfere na vida das mulheres, ao determinar, reproduzir ou alterar as relações de gênero, raça e etnia e o exercício da sexualidade.

A política defende como meio de promover a igualdade social entre os gêneros e intergêneros importantes diretrizes e instrumentos como:

Garantir a inclusão das questões de gênero, raça e etnia nos currículos, reconhecer e buscar formas de alterar as práticas educativas, a produção de conhecimento, a educação formal, a cultura e a comunicação discriminatórias (BRASIL, 2004c, p. 34).

Há uma visão clara da importância de se elaborar e garantir a efetivação de políticas públicas para as mulheres, dentro de sua pluralidade, integradas para construção e promoção da igualdade de gênero, raça e etnia sob o enfoque de gênero, uma vez que desta forma contribuirá para a igualdade dos gêneros e assegurar às mulheres o poder de decisão sobre suas vidas e corpos, assim como as condições de influenciar os acontecimentos em sua comunidade e país, e de romper com o legado histórico, com os ciclos e espaços de dependência, exploração e subordinação que constroem suas vidas no plano pessoal, econômico, político e social.

Outro material situado nesta categoria e de igual importância para os estudos das diferenças intergênero é o material intitulado “*Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípio e Diretrizes*” (2004) elaborado pelo Ministério da Saúde em parceria com diversos setores da sociedade, em especial com o movimento das mulheres, o movimento negro e o de trabalhadores rurais, sociedade científica, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacionais.

Este documento procura discutir, já adotando desde o seu início, um enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores para a obtenção da qualidade de vida e direcionando a discussão aos profissionais da saúde e gestores, busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual.

Agrega, também, a discussão da situação da saúde das mulheres, que são maioria da população e as principais usuárias do SUS, além de acompanhar familiares, vizinhos e amigos da comunidade. Portanto há um enfoque sob diversos aspectos de sua vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação, as condições de moradia e renda. No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com o trabalho doméstico. Há na discussão do material, a defesa do enfoque de gênero sobre outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza que realçam ainda mais as desigualdades, primando assim pela integralidade do cuidado à saúde das mulheres:

A elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher (BRASIL, 2004d, p. 63).

Além disso, defende a ampliação das ações das políticas públicas com enfoque de gênero para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades:

...incluir o enfoque de gênero e de raça na atenção às mulheres portadoras de transtornos mentais e promover a integração com setores não-governamentais, fomentando sua participação nas definições da política de atenção às mulheres portadoras de transtornos mentais (BRASIL, 2004d, p.71).

A atenção integral à saúde da mulher compreende o atendimento à mulher a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, seja ela de classe social inferior, de gerações, de raça, ou de opção sexual diferente de outras mulheres, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas. A atenção integral à saúde da mulher implica, para os prestadores de serviço, no estabelecimento de relações com pessoas singulares, seja por razões econômicas, culturais, religiosas, raciais, de diferentes orientações sexuais, etc. (BRASIL, 2004d). Por conseguinte, o atendimento deve nortear-se pelo respeito a todas as diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e

crenças pessoais. Esse enfoque deverá ser incorporado aos processos de sensibilização e capacitação para humanização das práticas em saúde.

O material intitulado “*Anais da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres*” (2004) de autoria da Secretaria Especial de Política para as Mulheres da Presidência da República resgata, na íntegra e com pertinente aprofundamento, todas as discussões elucidadas no momento da I Conferência, ocasião em que, durante três dias, em Brasília, reuniram-se 1.787 delegadas governamentais e da sociedade civil, que assistiram painéis de debates, apresentações artísticas e participaram de construtivas abordagens sobre a temática da mulher, principalmente nos trabalhos de grupo, que apontaram as propostas de diretrizes que foram objeto de votação na plenária final e que compõem as resoluções finais da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (BRASIL, 2004a).

Sob o enfoque de gênero as discussões contribuíram para o entendimento de que consolidar a igualdade de gênero e igualdade racial não depende só da vontade política de um governo, mas depende, sobretudo, da construção de uma política de gênero no país, com atribuições claras e bem definidas para as três esferas de governo, ou seja, municípios, estados e união, bem como para os poderes legislativo e judiciário dialogando e construindo-a com os demais poderes constituídos, e com a sociedade como um todo, especialmente com os movimentos de mulheres e os movimentos feministas.

Em seu primeiro momento de debate realizado com o a temática de “Análise da realidade brasileira, avaliando as políticas realizadas e os compromissos assumidos pelo Estado Brasileiro” e discursado pela Sr<sup>a</sup> Sueli Carneiro, traz uma abordagem clara do conceito de gênero sob diferentes e relevantes óticas. A autora inicia a fala lembrando a luta das mulheres no enfrentamento de conjunturas difíceis, no que diz respeito à consolidação e à manutenção dos seus direitos. Direitos, que estão sempre sendo colocados em perigo, por diferentes ideologias autoritárias, fascismos, neofascismos, diferentes variações do machismo, do racismo e suas múltiplas formas de discriminação étnica e racial, pelos fundamentalismos religiosos ou econômicos, pelo neoliberalismo ou pelas globalizações, trazendo à pauta do debate inúmeras temáticas como a mercantilização do corpo da mulher gerado pela mídia, violência contra a mulher, a religiosidade, as diferenças de salários entre homens e mulheres, o racismo e o preconceito à mulher negra, e desta forma contribuindo com os estudos da concepção intergênero das diferenças raciais das classes das mulheres:

As ações políticas das mulheres negras vêm promovendo o reconhecimento da falácia da visão universalizante da mulher, o reconhecimento das diferenças intragênero, o reconhecimento do racismo e da discriminação racial, como fatores de produção e reprodução das desigualdades sociais

experimentadas pelas mulheres, no Brasil. O reconhecimento do privilégio que essa lógica produz, para as mulheres do grupo racial hegemônico. O reconhecimento da necessidade de políticas específicas para as mulheres negras, para a equalização das oportunidades sociais (BRASIL, 2004a, p. 40).

Dessarte, o reconhecimento da dimensão racial que a pobreza tem no Brasil e, conseqüentemente, a necessidade do corte racial na problemática da feminização da pobreza, o reconhecimento da violência simbólica e da opressão, e a branquidão como padrão estético privilegiado e hegemônico exerce sobre as mulheres não brancas devem nortear as discussões e as políticas que vinculam e entrelaçam as diferenças intergênero dentro da interseccionalidade com a raça e a renda. Apesar de todo o vitalismo do movimento de mulheres, as práticas discriminatórias permanecem impunes, e as desigualdades raciais inalteradas. Basta reafirmar que, em relação às mulheres negras, metade da população feminina do país, os indicadores conhecidos configuram um verdadeiro matriarcado da miséria, tal a magnitude da exclusão. E, no entanto, desconhece-se pouca política específica voltada para alterar as condições de vida dessa população (BRASIL, 2004a).

O documento procura reafirma os compromissos da gestão federal para com a autonomia e autodeterminação dos movimentos sociais de mulheres. Com a defesa dos direitos econômicos, sociais, culturais e ambientais das mulheres; com a defesa dos princípios de igualdade e justiça econômica e social; com o direito universal à educação, à saúde e à previdência social; com a luta pelo direito à terra e à moradia; com a luta antirracista e a defesa dos princípios da equidade racial e étnica; com a luta contra as formas de discriminação de gênero e com o combate à violência, maus tratos, assédio e exploração de mulheres e meninas; com a luta contra a discriminação a lésbicas e gays; com a luta pela assistência integral à saúde das mulheres e pela defesa dos direitos sexuais e reprodutivos; com o direito das mulheres de ter ou não ter filhos, com acesso de qualidade à concepção e/ou contracepção; com o direito de livre exercício sexual de travestis e transgêneros; com a descriminalização do aborto, como um direito de cidadania e uma questão de saúde pública e com outras tantas áreas da saúde da mulher dentro de sua heterogeneidade (BRASIL, 2004a) E neste sentido, o título tem a compreensão que:

Para isso, é necessário que o plano de ação de promoção da igualdade de gênero, que deva decorrer das diretrizes que serão aqui aprovadas, articule um conjunto de políticas de diferentes naturezas, como políticas compensatórias, políticas de ação afirmativa e focalização nos segmentos mais vulneráveis, como as mulheres negras e indígenas, um conjunto de políticas capazes de realizar, a um só tempo, a promoção da igualdade de gênero e a erradicação das desigualdades raciais entre as mulheres (BRASIL, 2004a, p.42).

Portanto a discussão da conferência girou em torno da importância de políticas públicas para as mulheres que representa a busca da igualdade na reafirmação das diferenças. Significa incorporar as necessidades e demandas específicas das mulheres e lançar o seu olhar sobre todas as políticas de todas as esferas de governo. Defendendo o caráter universal das políticas, no entanto tem-se a convicção de que é preciso tratar afirmativamente as desigualdades de gênero e de raça. É preciso agir para equilibrar as relações de gênero e raça na sociedade em favor daqueles segmentos que ao longo da história vêm acumulando desvantagens.

E nessa perspectiva o princípio da igualdade deve ser implementado com respeito e atenção à diversidade de situações, experiências e formas de inserção social de todas as mulheres e considerando as categorias de gênero, classe, raça, etnia, de geração, orientação sexual e mulheres com deficiência no diagnóstico, na formulação, na implementação, no monitoramento e na avaliação de políticas públicas. O princípio da universalidade deve ser traduzido em políticas permanentes nas três esferas governamentais caracterizadas por sua indivisibilidade, integralidade e intersetorialidade dos direitos, combinadas às políticas públicas de ações afirmativas, percebidas como transição necessária em busca da efetiva igualdade e equidade de gênero que considera a diversidade de raça e etnia (BRASIL, 2004a).

O documento intitulado “*Perspectiva da Equidade no pacto Nacional pela redução da mortalidade Materna e Neonatal – Atenção à Saúde das Mulheres Negras – Série F. Comunicação e Educação em Saúde*” (2005) de autoria do Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Atenção à Saúde no Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, traz contribuições quanto aos estudos das relações intergênero sob a interseccionalidade de raça, uma vez que defende a perspectiva de que é necessário que em qualquer planejamento de ações de saúde da mulher, além do enfoque de gênero, sejam incorporadas, também, as questões relativas à raça/etnia, ou seja, o “quesito cor” na saúde, visando a que todos os indicadores de saúde considerem estas variáveis.

O material descreve sobre as diretrizes do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal que contém, em suas ações estratégicas, a necessidade de oferecer atenção às mulheres e recém-nascidos(as) negros(as), respeitando suas singularidades culturais e, sobretudo, atentando para as especificidades no perfil de morbimortalidade.

O Ministério da Saúde destaca neste documento algumas especificidades da população negra na área da saúde, com olhar especial para as mulheres negras. São apontadas algumas estratégias que poderão ser incorporadas por gestores estaduais e municipais de saúde, na perspectiva da equidade no Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

Política direcionada para esse grupo específico da população se faz necessário uma vez que por razões sociais ou de discriminação, as mulheres negras têm menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, à atenção ginecológica e à assistência obstétrica – seja no pré-natal, parto ou puerpério. O documento aponta em sua discussão a sua vulnerabilidade para as diferenças decorrente da sua situação de gênero:

Há um potencial patogênico das discriminações sobre o processo bem-estar/saúde e doença/mal-estar, e como a mulher negra está na intersecção das discriminações raciais, de gênero e de classe social, torna-se maior o risco de comprometimento de sua identidade pessoal, imagem corporal, seu autoconceito e auto-estima (BRASIL, 2005a, p.12).

Além disso, a discriminação e a exclusão aumentam na mulher negra sua susceptibilidade à violência dirigida a si própria e aos outros, aos hábitos de vida insalubres, como o tabagismo, por exemplo, e à dificuldade em desenvolver estratégias positivas de enfrentamento do estresse.

Neste contexto, o material aborda a real situação em que essa representativa parcela da população vive e, além disso, insere estratégias para o SUS poder acolher e atender com qualidade gestante e recém-nascidos(as) negros(as). Compreende, portanto, que as ações de saúde de combate à discriminação e exclusão no que se refere à mulher negra devem ser desenvolvidas integralmente sem desconsiderar o corpo, as relações de gênero (sexualidade) e as relações políticas (emancipação/empoderamento).

Outro documento oficial intitulado “*Marco teórico e referencial Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens*” (2006) foi elaborado pelo Ministério da Saúde por intermédio da Secretaria de Atenção à Saúde e do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, abordando a formulação e a implementação de ações relativas à saúde sexual e à saúde reprodutiva dos adolescentes e jovens de ambos os sexos na década de 2000, com enfoque na discussão sobre a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos dessa população, como uma questão de direitos humanos e como um direito fundamental à saúde. O documento objetiva oferecer subsídios teórico-políticos, normativos e programáticos que orientem a efetivação de ações voltadas à saúde sexual e reprodutiva e destina-se, especialmente, aos gestores do SUS, como também a outros setores das políticas públicas voltados à adolescência e à juventude (BRASIL, 2006c).

O material oficial ao discutir sobre atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva de adolescentes e jovens destaca as diferenças de gênero existente no âmbito geracional e étnico. Compreendendo a sexualidade como uma dimensão fundamental de todas as etapas da vida de homens e mulheres, e que envolve práticas e desejos relacionados à satisfação, à afetividade,

ao prazer, aos sentimentos, ao exercício da liberdade e à saúde. Ao defender a sexualidade humana como uma construção histórica, cultural e social, que se transforma conforme mudam as relações sociais, a abordagem do tema mostra que, a vivência da sexualidade para as mulheres, em nossa sociedade, foi histórica e culturalmente limitada em suas possibilidades de vivência, devido a tabus, mitos, preconceitos, interdições e relações de poder (BRASIL, 2006c).

Para adolescentes e jovens, esta dimensão se traduz em um campo de descobertas e vivência da liberdade, como também de construção de conhecimento para as tomadas de decisões, de escolhas, de responsabilidades e de afirmação de identidades, tanto pessoais como políticas. A sexualidade se destaca como campo em que a busca por autonomia de projetos e práticas é exercida de forma singular pela juventude (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA, 2003).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), as políticas e os programas de saúde direcionados às adolescentes e jovens, por diversos momentos não levam em consideração estes diversos aspectos da sexualidade, na medida em que ignoram que a sexualidade é parte do desenvolvimento humano e os conceitos de amor, sentimentos, emoções, intimidade e desejo com frequência não se incluem nas intervenções de saúde sexual e saúde reprodutiva (AINE-SCHUTT; MADDALENO, 2003).

Neste contexto, adolescentes e jovens deixam de se reconhecidas socialmente como pessoas sexuadas, livres e autônomas, o que tem submetido-as a situações de vulnerabilidade, no plano pessoal, social e institucional, e a diversas interdições pessoais. As transformações na vida sociocultural nas últimas décadas levam à precoce iniciação da vida sexual de adolescentes, caracterizando uma mudança do padrão de comportamento social e sexual. O que o autor compreende como consequência das condições de desigualdades, como visto no trecho abaixo extraído do documento oficial:

Essa vivência ocorre em condições desiguais por adolescentes e jovens: as desigualdades de gênero, entre distintas condições socioeconômicas e culturais, quanto à raça/cor, as relações de poder entre gerações e as discriminações pela orientação sexual. Essas desigualdades afetam as diferentes dimensões da vida social de adolescentes e jovens – em particular em relação à saúde – e reverberam de modo perverso nos dados sobre mortalidade e morbidade entre este segmento populacional (BRASIL, 2006c, p.14).

Destacando-se que o Brasil é um país de dimensões continentais, com grandes disparidades regionais, as diferenças socioculturais econômicas e outras existentes entre o modo de vida urbano e rural podem implicar necessidades de saúde diferenciadas para

adolescentes e jovens de ambos os contextos. O acesso aos serviços de saúde é, por exemplo, mais limitado às pessoas residentes em áreas rurais, pelas lacunas na cobertura e pela maior dificuldade de deslocamento nestas áreas.

As desigualdades baseadas na raça e etnia precisam ser consideradas na contextualização e aplicação das políticas. A saúde da população adolescente e jovem indígena, especialmente no que toca à saúde sexual e saúde reprodutiva, exige estratégias que assegurem o acesso aos serviços e ao direito à saúde, com respeito aos valores, crenças e normas culturais destes jovens e suas comunidades (BRASIL, 2006c).

O material “*Comunicação e mídia – para profissionais de saúde que atuam nos serviços de atenção para mulheres e adolescentes em situação de violência e sexual*” (2007), pelo Ministério da Saúde em conjunto com o Instituto Patrícia Galvão – Comunicação e Mídia e já descrito na primeira categoria, além de se inserir numa discussão que aborda as construções sociais dos papéis femininos e masculinos, também se insere num resgate ao olhar das diferenças intergênero ao citar que:

A despeito dos avanços e conquistas das mulheres na direção da equidade de gênero, persiste entre nós essa forma perversa de manifestação do poder masculino por meio da expressão da violência física, sexual ou psicológica, que agride, amedronta e submete não só as mulheres, em todas as idades, mas também os homens que não se comportam segundo os rígidos padrões da masculinidade dominante (BRASIL, 2007e, p. 53-54).

Logo, as manifestações de poder, mediante atitudes de violência, ocorrem não apenas nas ações dos homens sobre as mulheres, mas entre os homens quando estes não se comportam de acordo com os estereótipos construídos nas relações sociais e inseridos na educação desde a infância, onde a sociedade, espera do homem atitudes de agressividade e rigidez. E aqueles que não correspondem a essas expectativas sofrem, em muitas situações, discriminações inaceitáveis como, por exemplo, os homossexuais que sofrem atitudes discriminatórias que por vezes culminam em agressões físicas.

Outro título analisado — “*Relatório de gestão 2003 à 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*” (2007), elaborado pelo Ministério da Saúde, através da Área Técnica de Saúde da Mulher que situa-se no Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPE) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), discute a elaboração de políticas de saúde da mulher em um processo permanente de interlocução com as demais Áreas Técnicas do DAPE e demais departamentos da SAS, além de outras Secretarias do Ministério da Saúde, cujas ações apresentam interface com a saúde da mulher. Tem também o papel de elaborar normas técnicas, manuais técnicos, publicações sobre temas relacionados à saúde da

mulher e apoiar tecnicamente os estados e municípios na elaboração e implementação das políticas (BRASIL, 2007d).

A implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, elaborada em 2003, como foi visto ocorreu segundo os pressupostos organizacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa Política de Atenção à Saúde da Mulher reconheceu a importância do processo de descentralização e das diferenças dos níveis de gestão dos municípios, da sua organização dos sistemas de saúde e seu desenvolvimento tecnológico. Dessa forma, a proposta é que as políticas sejam um instrumento de apoio aos estados e municípios na implementação de ações de saúde da mulher, que respeitem os seus direitos humanos e sua situação social e econômica. Sendo o município o lócus das ações, entende-se que a decisão política das secretarias municipais de saúde é fundamental para que as mulheres tenham os seus direitos reconhecidos e para que as políticas sejam realmente implantadas. Igual importância possuem as secretarias estaduais de saúde, no seu papel de apoio técnico aos municípios na implementação das políticas (BRASIL, 2007d). Este Relatório de Gestão da Área Técnica de Saúde da Mulher visa o registro das principais ações desenvolvidas, no período de 2003 a 2006, com a finalidade de atingir as metas da Política de Atenção à Saúde da Mulher. Apresenta os resultados alcançados, assim como aponta os desafios e as estratégias consideradas de maior relevância para o aperfeiçoamento da Política em questão.

O Relatório de Gestão da Área Técnica de Saúde da Mulher 2003 a 2006 destina-se às demais áreas técnicas do Ministério da Saúde, bem como aos ministérios e às secretarias do Governo Federal que possuem interface com a saúde da população feminina; gestores do Sistema Único de Saúde; Conselho Nacional de Saúde e suas Comissões; Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; os diversos setores da sociedade, em especial o movimento de mulheres nas suas diversas formas de organização; e outros atores, como as sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área; organizações não governamentais e Agências das Nações Unidas. Este relatório possibilita uma visão global das ações realizadas pela Área Técnica de Saúde da Mulher, com suas diversas interfaces e parcerias.

Nesta perspectiva, o material analisa na perspectiva de gênero, situando o panorama da saúde da mulher no Brasil quanto a sua condição obstétrica, os dados da mortalidade materna. Discute de forma a trazer dados da realidade, como também elaborar políticas sobre as mulheres em situação de abortamento, o planejamento reprodutivo, mulheres HIV positivo, mulheres em situação de violência, saúde sexual e reprodutiva das jovens e adolescentes, mulheres no climatério/menopausa, a saúde mental e gênero, saúde das mulheres lésbicas e

bissexuais, saúde das mulheres negras, das mulheres indígenas, mulheres da área rural e em situação de prisão, bem como a transversalidade de suas políticas públicas como um instrumento de colaboração na redução nas diferenças geradas pelas diferenças de gênero.

O título “*II CNPM - II Conferência Nacional de Políticas para as mulheres – regimento / Plano Nacional de Políticas para as mulheres – versão compacta*” (2007), elaborado pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, corresponde à construção da portaria e do regimento da II conferência Nacional de Políticas para as mulheres que ocorreria ainda no ano de 2007, conforme havia sido pactuado na I conferência, em julho de 2004, resgatando os pontos fundamentais da Política Nacional para as Mulheres com seu posicionamento quanto às diferenças no campo intergênero, uma vez que esta política defende a igualdade e respeito à diversidade já que: “Mulheres e homens são iguais em seus direitos. A promoção da igualdade implica no respeito à diversidade cultural, étnica, racial, inserção social, situação econômica e regional, assim como os diferentes momentos da vida da mulher” (BRASIL, 2007c, p. 27).

O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres é defendido no material como um instrumento para a implantação e fortalecimento de mecanismos institucionais de defesa dos direitos da mulher de modo a envolver a representação de todas as mulheres, sejam elas – índias, negras, lésbicas, idosas, jovens mulheres, com deficiência, ciganas, profissionais do sexo, rurais, urbanas, entre outras (BRASIL, 2007), uma vez que o maior acesso e a participação das mulheres nos espaços de poder são instrumentos essenciais para democratizar o Estado e a sociedade, oferecendo oportunidades a todos de forma igualitária.

O Plano traz o enfoque para temáticas relevantes no campo de estudo sobre gênero, uma vez que tem como objetivo “a igualdade de gênero, raça e etnia” (BRASIL, 2007c, p. 28), além do “reconhecimento da violência de gênero, raça e etnia como violência estrutural e histórica, que expressa a opressão das mulheres que precisa ser tratada como questão de segurança, justiça e saúde pública” (BRASIL, 2007c, p. 29) e assim evidencia a importância de discutir os elevados índices de violência contra a mulher sob a ótica das diferenças de gênero construída socialmente ao longo dos anos.

Apresenta também, relevantes medidas para combater as diferenças de gênero decorrente, sobretudo, no campo intergênero como, por exemplo, a necessidade de:

[...] inclusão das questões de gênero, raça e etnia nos currículos escolares, além do reconhecimento e busca de forma que alterem as práticas educativas, a produção de conhecimento, a educação formal, a cultura e a comunicação discriminatória [...] [...] Incorporar as perspectiva de gênero, raça, etnia e orientação sexual no processo educacional formal e informal [...]. (BRASIL, 2007c, p.29 e p.33).

Acrescenta a estas medidas garantir um sistema educacional não discriminatório, que não produza estereótipos de gênero, raça e etnia, além de combater os estereótipos de gênero, raça e etnia na cultura e comunicação (BRASIL, 2007c), uma vez que estes estereótipos dos papéis masculinos e femininos são construídos nas expectativas que a sociedade cria de como se deve comportar homens e mulheres, instituídas na educação, o que implica em atitudes de superioridade e agressividade por parte dos homens e passividade e inferioridade por parte das mulheres, não é algo instituído pelo biológico, mas acarreta inúmeros impactos na saúde de ambos.

Assim, o combate destes estereótipos se daria, segundo o plano através de medidas como “capacitar e qualificar os agentes públicos em gênero, raça e direitos humanos.” (BRASIL, 2007c, p.41). Portanto, o direcionamento das políticas para a saúde da mulher deve ser o de “promover ações no processo educacional para a equidade de gênero, raça, etnia e orientação sexual.” (BRASIL, 2007c, p.33). E assim trazer melhorias para a vida da população como um todo.

Volta-se, ainda, para o espaço social do trabalho, uma vez que é nele que as discriminações e as desigualdades se tornam ainda mais evidentes. Além das desigualdades sociais, as desigualdades étnico-raciais e de gênero se somam, contribuindo para a construção de uma hierarquia que se repete em praticamente todos os indicadores analisados: homens e brancos estão, em geral, em melhores condições de inserção no mercado de trabalho do que mulheres e negros.

Destaque-se, ainda, que são as mulheres negras que sofrem a mais pesada carga de discriminação, vivendo uma situação de dupla diferenciação: de gênero e raça/etnia. Esta interseccionalidade contribui para criar um ordenamento social que coloca no topo os homens brancos, seguidos pelas mulheres brancas, os homens negros e, por fim, as mulheres negras. Dentre todos, são elas que vivenciam na escala inferior da pirâmide social as piores condições de trabalho, que recebem os menores rendimentos, que mais sofrem com o desemprego e as relações informais (e sua conseqüente ausência de proteção social tanto presente quanto futura) e que ocupam as posições de menor prestígio na hierarquia profissional. Os resultados desta discriminação – que muitas vezes é indireta ou invisível – tornam-se bastante visíveis quando se analisam os indicadores de desemprego e rendimento, entre outros (BRASIL, 2008a).

Portanto, o Plano remete ao governo a responsabilidade de cada vez mais elaborar políticas públicas que visem reduzir as diferenças de gênero no campo do trabalho, dando acesso igualitário para homens e mulheres, como nota-se no trecho seguinte: “O

reconhecimento da responsabilidade do Estado na implementação de políticas que incidam na divisão social e sexual do trabalho” (BRASIL, 2007c, p.29).

Esse material traz importantes contribuições para a inserção do gênero com maior abrangência nas políticas públicas, através da inclusão de novos temas no campo da atuação dos governos, como é o caso da perspectiva intergênero permeando pelas diferenças de gênero, raça, etnia, classe social, opção sexual, idade e outros. Além de incentivar estudos e pesquisa que abordem o enfoque de gênero, prioriza “Produzir, organizar e disseminar dados, estudos e pesquisas que tratam das temáticas de gênero e raça” (BRASIL, 2007c, p.41).

A abordagem da saúde da mulher sob essa ótica é compreendida como uma ação que promove a redução de desigualdades entre homens e mulheres. Faz-se necessário, cada vez mais, o reconhecimento da diversidade de gênero, passando a desenvolver ações e políticas que atendam às necessidades específicas e diferenciadas de mulheres e incorpore a perspectiva de gênero de forma sistemática e generalizada, abrindo espaço para transformações ainda mais profundas.

O último título analisado nesta subcategoria “*II Plano Nacional de Políticas Para as Mulheres*” (2008) pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) da Presidência da República, constitui a continuidade da elaboração de importantes políticas públicas na década de 2000, e é fruto de uma construção participativa que envolveu diretamente cerca de 200 mil mulheres brasileiras em conferências municipais e estaduais, em todas as Unidades da Federação, durante a II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, onde se reafirmaram os pressupostos e princípios da Política Nacional para as Mulheres estabelecidos na I Conferência.

O documento amplia e aprofunda o campo de atuação do governo federal nas políticas públicas para as mulheres, incluindo seis novas áreas estratégicas que vão se somar àquelas já existentes no I Plano. São elas: Participação das mulheres nos espaços de poder e decisão; Desenvolvimento sustentável no meio rural, na cidade e na floresta, com garantia de justiça ambiental, inclusão social, soberania e segurança alimentar; Direito à terra, moradia digna e infraestrutura social nos meios rural e urbano, considerando as comunidades tradicionais; Cultura, comunicação e mídia não-discriminatórias; Enfrentamento ao racismo, sexismo e lesbofobia; e Enfrentamento às desigualdades geracionais que atingem as mulheres, com especial atenção às jovens e idosas (BRASIL, 2008a).

A II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres reafirmou os acordos gerais, bem como os pressupostos, princípios e diretrizes da Política Nacional para as Mulheres

aprovados na I Conferência Nacional, reafirmando, assim, o entendimento de que os Planos Nacionais expressam conjunturas específicas. E neste sentido o documento compreende que:

[...] Mulheres e homens são iguais em seus direitos e sobre este princípio se apóiam as políticas de Estado que se propõem a superar as desigualdades de gênero. A promoção da igualdade requer o respeito e atenção à diversidade cultural, étnica, racial, inserção social, de situação econômica e regional, assim como aos diferentes momentos da vida. Demanda o combate às desigualdades de toda sorte, por meio de políticas de ação afirmativa e consideração das experiências das mulheres na formulação, implementação, monitoramento e avaliação das políticas públicas (BRASIL, 2008a, p. 29).

O acesso de todas as pessoas aos direitos universais deve ser garantido com ações de caráter universal, mas também por ações específicas e afirmativas voltadas aos grupos historicamente discriminados. Tratar desigualmente os desiguais, buscando-se a justiça social, requer pleno reconhecimento das necessidades próprias dos diferentes grupos de mulheres.

O documento analisado compreende que para se concretizar estes princípios, o estado e as esferas de governo federal, estadual e municipal deverão seguir diretrizes que enfocam as diferenças intergênero e sua interseccionalidade com raça, renda, escolha sexual, idade e demais situações, que acabam por colocar uns em situação de maior vulnerabilidade do que outros. Algumas dessas metas são:

[...] garantir a implementação de políticas públicas integradas para construção e promoção da igualdade de gênero, raça e etnia. [...] Promover o equilíbrio de poder entre mulheres e homens, em termos de recursos econômicos, direitos legais, participação política e relações interpessoais. [...] Reconhecer a violência de gênero, raça e etnia como violência estrutural e histórica que expressa a opressão das mulheres e precisa ser tratada como questão de segurança, justiça e saúde pública. [...] Reconhecer a responsabilidade do Estado na implementação de políticas que incidam na divisão social e sexual do trabalho; [...] Garantir a inclusão das questões de gênero, raça e etnia nos currículos, reconhecer e buscar formas de alterar as práticas educativas, a produção de conhecimento, a educação formal, a cultura e a comunicação discriminatórias. Além de formar e capacitar servidores (as) públicos (as) em gênero, raça, etnia e direitos humanos, de forma a garantir a implementação de políticas públicas voltadas para a igualdade (BRASIL, 2008a, p. 29).

Sob o enfoque da temática intergênero o documento levanta um importante destaque para o âmbito do espaço social do trabalho, onde as discriminações e as desigualdades se tornam ainda mais pulsantes. Somam-se às desigualdades sociais, as desigualdades étnico-raciais e de gênero, contribuindo para uma realidade construída ao longo dos anos e reafirmada em praticamente todos os indicadores analisados: homens e brancos encontram-se, em geral, em melhores condições de inserção no mercado de trabalho do que mulheres e negros e neste caso seja homem ou mulher. Destaque-se, ainda, que são as mulheres negras

que sofrem a mais pesada carga de discriminação, vivendo uma situação de dupla diferenciação: de gênero e raça/etnia. Esta interseccionalidade contribui para criar um ordenamento social que coloca no topo os homens brancos, seguidos pelas mulheres brancas, os homens negros e, as mulheres negras. E acrescenta que:

Dentre todos, são elas que vivenciam na escala inferior da pirâmide social as piores condições de trabalho, que recebem os menores rendimentos, que mais sofrem com o desemprego e as relações informais (e sua consequente ausência de proteção social tanto presente quanto futura) e que ocupam as posições de menor prestígio na hierarquia profissional (BRASIL, 2008a, p.33).

Essa diferença existente no espaço de trabalho se dá em muita parte pelas desvantagens historicamente acumuladas pelas mulheres em relação aos homens e ainda hoje evidenciadas na análise de diversos indicadores sociais brasileiros, no campo da educação. Portanto, primeiramente, é preciso garantir que meninos e meninas, homens e mulheres, tenham o mesmo acesso à educação de qualidade, e recebam tratamento igualitário das instituições e profissionais envolvidas nos processos educacionais formais. Em segundo lugar, para garantir que todas as mulheres sejam respeitadas em seu direito à educação, há que ser combatida não apenas a discriminação de gênero, mas todas as outras formas de discriminação – geracional, étnico-racial, por orientação sexual, pessoas com deficiência, entre outras – que as afetam e interferem não apenas no acesso, mas também no seu desempenho escolar.

Assim, ao se promover a transformação da educação nacional, rumo a uma educação inclusiva, não-sexista, não-racista, não-lesbofóbica e não-homofóbica, está se formando e por muitas vezes transformando pessoas, criando uma sociedade mais justa, onde os direitos humanos de todas e todos sejam, de fato, respeitados. É importante observar que a efetivação do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres depende em grande parte da implementação, de forma associada, de outros planos de ação que definem medidas nos campos da inclusão educacional e melhoria da qualidade da educação, da formação para os direitos humanos e o enfrentamento de toda forma de discriminação (BRASIL, 2008a).

Logo, os resultados desta discriminação, que muitas vezes expressa-se de forma sutil, tornam-se bastante visíveis quando se analisam também os indicadores de desemprego e rendimento, entre outros. Cabe destacar, porém, que esta é uma situação que, ainda que existente, vem se alterando de modo significativo ao longo dos últimos anos, resultado das políticas adotadas pelos governos nas três esferas da federação, das pressões e demandas dos movimentos sociais e do maior reconhecimento social sobre as desigualdades e

discriminações de gênero e raça/etnia. Nesse sentido, nota-se a importância de inserir as discussões sobre gênero e sua abordagem nas diferenças intergêneros para promover resultado que mostrem o avanço da igualdade entre os homens e mulheres.

O documento permeia por discussões que engloba tantas outras formas de discriminação como as que ocorrem com as mulheres lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (travestis e transexuais), as mulheres com deficiência, as idosas, as crianças e adolescentes e jovens situando a real situação de cada grupo, além de propor diretrizes e metas que inserem a abordagem de gênero em vários campos da sociedade, a fim de promover melhorias nas políticas que reflitam na assistência aos cuidados dessa parcela da população que se encontra mais vulnerável por sua situação de gênero e intergênero.

#### d) Subcategoria 1.4: Gênero e Masculinidade

Há alguns anos, a masculinidade vem surgindo como uma categoria de discussão e nos estudos dessa temática essa categoria é tratada como uma construção social. Para Robert Connel (1995) apud Fialho (2006) a masculinidade é definida como uma configuração de prática em torno da posição dos homens na estrutura das relações de gênero. A cultura vem ao longo dos anos afirmando a masculinidade como um espaço simbólico de sentido estruturante que modela atitudes, comportamentos e emoções a serem praticadas. Aqueles que seguem tais modelos não só são afirmados como homens como também não são questionados pelos outros que compartilham desses símbolos.

Essa construção se deu ainda, nos séculos 18,19 e parte do século 20, quando inúmeras características tidas como positivas – a exemplo da valentia, firmeza, inteligência e imponência – foram associadas ao ser masculino e vistas como qualidades sobre as quais a própria sociedade gostava de se autoprojetar. E nesta trajetória instituem-se os símbolos e reflexos dos períodos remotos e moderno que constituem o masculino ou em torno dele gravitam. Nesse ideal moderno, em que o temor da imaturidade é menor do que o da efeminação, a transformação de um menino em homem passa primeiro, pela aquisição de determinado padrão físico e, depois, através de uma adequação moral, que deveria culminar com a consagração do casamento (OLIVEIRA, 2004).

Ainda no século 19, ressaltam-se os discursos médicos que alimentaram a afirmativa “mente sã num corpo sã” e ajudaram a desqualificar aqueles – como insanos, negros, judeus, homossexuais – que não se encaixavam no ideal burguês de masculinidade, imputando lhes o estereótipo de serem diferentes ou serem deficientes sob algum aspecto. Junto a essa

desqualificação, a mulher costumava também ser vista como ser inferior. Seguindo os eixos de docilidade e utilidade, “o processo de subjetivação quase que se igualava ao processo de sujeição presentes nas forças armadas, nas escolas, em conventos, internatos, colégios, quartéis, presídios, fábricas, hospitais, asilos etc.” (OLIVEIRA, 2004, p.63).

Em termos acadêmicos, segundo Oliveira, a epidemia da AIDS ensejou debates que tornaram públicos certos temas interditos, como as relações extraconjugais e homossexuais. No bojo dessa discussão, desencadeou-se o estímulo para as negociações femininas em prol de práticas sexuais seguras, questionando-se as bases convencionais em que predominava a determinação masculina no desenho e significado da heterossexualidade padrão. Ele observa que a AIDS também provocou uma reação do movimento gay que trouxe reflexos aos estudos sobre a masculinidade. Esse movimento se organizou no combate do recrudescimento do preconceito e do estigma imputados àqueles considerados vetores da disseminação da doença.

Ainda em relação ao mundo contemporâneo, o autor observa que, “apesar de todas as mudanças socioestruturais e todos os movimentos que continuamente contestam a hegemonia masculina, esse lugar simbólico ainda é bastante valorizado e funciona como bússola de orientação para a construção de identidades em diversos segmentos sociais” (OLIVEIRA, 2004, p.285).

DÉCADA	MATERIAIS QUE ABORDAM O CONCEITO DE GÊNERO E ANO DE PUBLICAÇÃO	CATEGORIAS/ IDENTIFICADAS	Subcategorias
1988	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assistência integral a saúde da mulher, material instrucional, módulo I</li> </ul>	<b>Categoria Central:</b> Padrões culturais dominantes e a evolução do conceito de gênero  e) <b>Subcategorias:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gênero e masculinidade</li> </ul>	
1988	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assistência integral a saúde da mulher, material instrucional, módulo III</li> </ul>		
2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>Violência Intra-familiar: Orientações para a Prática em Serviços – Cadernos de Atenção Básica – nº 8</li> </ul>		
2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diálogos sobre violência doméstica e de gênero - construindo políticas públicas</li> </ul>		
2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prevenção e tratamento dos agravos resultantes de violência sexual contra mulheres e adolescentes – Norma Técnica – Série Direitos sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 6</li> </ul>		
2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comunicação e mídia – para profissionais de saúde que atuam nos serviços de atenção para mulheres e adolescentes em situação de violência e sexual</li> </ul>		

**Quadro 4.** Materiais oficiais do Ministério da Saúde inseridos na subcategoria 1.4 - Gênero e masculinidade.

Esta subcategoria procurou identificar símbolos e estereótipos de masculinidade nas políticas públicas direcionadas à saúde da mulher e como tem ocorrido sua trajetória dentro da abordagem de gênero ao longo das décadas de 1980, 1990 e 2000. Dentro desta subcategoria encontram-se seis materiais, os quais foram analisados qualitativamente na íntegra para identificação de representações da masculinidade dentro destes documentos oficiais. Inicia-se a análise pelos materiais da década de 1980, o primeiro intitulado de “*Assistência integral a saúde da mulher, material instrucional, módulo I*” (1988) e já discutido na primeira subcategoria sobre gênero como construção social e cita que “Enquanto na mulher, um exagerado sentimento de culpa está na origem de quase todas as suas dificuldades sexuais, os homens em nossa cultura vivem desde meninos a ansiedade do desempenho: ter competência para o adequado desempenho sexual” (BRASIL, 1988a, p. 34).

Compreende-se desse trecho que a masculinidade corresponde a atitudes que são ditas como adequadas e são decorrente da construção da sociedade em seu meio cultural quanto ao papel que o homem deve exercer no seu espaço social. O papel de homem viril e dominador a começar pelo espaço sexual. Diferentemente da mulher, a qual é imposta o sentimento de passividade e culpa quando se trata da sua sexualidade.

O outro material elaborado na década de 1980 é o da mesma série do material anterior denominado “*Assistência integral a saúde da mulher, material instrucional, módulo III*” (1988) e abordado na primeira subcategoria. E em seus trechos evidenciam que a masculinidade é, em muitas ocasiões, estimulada pelos familiares e estimulada precocemente quando os meninos nem mesmo adquiriram maturidade para a sexualidade. Como se identifica no trecho a seguir [...] Vou te levar num lugar especial pra isso. Não fala nada pra tua mãe. Isso é coisa de homens (BRASIL, 1988c, p. 27).

O estímulo à iniciação sexual precoce pode gerar ansiedade aos jovens decorrente da pressão que é imposta pelos paradigmas da sociedade sobre o papel de dominador e de virilidade sobre o homem, como cita o material em questão “[...] a sexualidade pesa mais ao homem através de um processo chamado de ansiedade do desempenho, que consiste numa forte preocupação com o desempenho sexual adequado” (BRASIL, 1988c, p.37).

Os estereótipos de masculinidade na sua sexualidade são impostos ao homem ao longo de sua formação como indivíduo e se transfere ao seu relacionamento conjugal e por mais esta ocasião gera uma relação de superioridade e poder sobre a mulher, visto que em nossa sociedade, “com frequência são os homens que determinam as formas de relação sexual do casal, que nem sempre correspondem aquelas que as mulheres possam desfrutar do prazer” (BRASIL, 1988c, p. 34).

Portanto, a década de 1980 passa a expressar uma discussão ainda de maneira primária sobre a masculinidade, mas seus materiais identificam de forma clara os sinais e símbolos de sua expressão, construídos no espaço social e cultural pela sociedade. Fato que difere na década de 2000, visto que não há uma abordagem de gênero sob esse aspecto na década de 1990.

Introduziu-se a década de 2000 através do material intitulado de “*Violência Intrafamiliar – Orientações para a Prática em Serviços – Cadernos de Atenção Básica – n. 8*” (2002) e já abordado na subcategoria anterior em sua discussão sobre a concepção intragênero e a interseccionalidade com raça, etnia, orientação sexual, geração, classe social e renda. E sob o enfoque da masculinidade traz à discussão importantes contribuições ao relacionar estes papéis à violência de gênero aplicada sobre a mulher e compreendem que:

Os comportamentos violentos dos homens têm sua referência no contexto normativo de construção da masculinidade [...]. Trata-se de uma forma de demonstração de poder que não encontra, entretanto, qualquer correspondência de alívio interior, tendendo, a gerar cada vez um nível de irritabilidade maior, devido à depressão que se segue (BRASIL, 2002, p.65).

As atitudes violentas, em muitas situações, expressam a sobrecarga que a pressão e expectativa da masculinidade exercem sobre o homem, uma vez que, para os elaboradores do material em análise, as pessoas violentas carecem de dois recursos básicos: autoestima e segurança. O desejo de dominação que o homem demonstra em relação à mulher, ao contrário de confirmar seu poder, denuncia sua própria insegurança, sua condição de dependente. Questões emocionais, tais como, sentimentos de desamparo, abandono, desamor e baixa autoestima não têm sido bem administrados pelo grupo masculino, indo na contramão das atitudes dos homens sempre fortes e poderosos. Assim, a agressão, às vezes, parece ser para eles a única forma de resolução de conflitos. Em situação de confiança, homens agressores podem se mostrar receptivos para discutir e refletir sobre o assunto. Daí a importância de se discutir esta temática nas políticas direcionadas às mulheres e programar a realização de experiências de trabalho com homens, grupos de reflexão sobre masculinidade e novas formas de expressão do ser homem no mundo atual. Neste sentido o documento propõe meios de se prevenir a violência, uma vez que:

Do ponto de vista da masculinidade, a prevenção da violência implica, fundamentalmente, na necessidade de se discutir e produzir conhecimento a respeito dos papéis sociais de homem e pai na família e na sociedade, revisando e ampliando os conceitos e valores culturais estabelecidos (BRASIL, 2002, p. 68).

Nota-se que a mudança mais importante deve acontecer nas instituições sociais e políticas. É importante fator de prevenção a quebra da rigidez e autoritarismo com que a sociedade exerce controle, atribui papéis, inclui e exclui indivíduos da participação e interdita o usufruto de diferentes experiências e aspectos da vida afetiva no âmbito familiar, e de diferentes experiências e desafios no âmbito da vida social.

Outro enfoque de grande importância dado pelo material em questão, refere-se às consequências destinadas aos homens decorrente desse padrão de masculinidade, como pode se notar nos trechos em destaque:

A pressão cotidiana resultante da exigência do cumprimento de papéis sociais/culturais (provedor/protetor) ao lado do conjunto de "referenciais de masculinidade tais como estão ainda hoje definidos em nossa sociedade – como virilidade, conquista e sucesso – causam danos a milhares de homens, haja vista as estatísticas de mortes no trânsito, homicídios, envolvimento com drogas e criminalidade (BRASIL, 2002, p. 65).

O mito de que a mulher é o único ser prejudicado pela cultura machista deve ser revisto à luz da subjetividade. Caso contrário, esta visão poderá nos conduzir a interpretações unilaterais e simplistas, atribuindo à mulher a condição de única vítima da cultura. No caso dos homens, eles têm permissão para agir de forma violenta, mas não tem permissão para modificar sua pauta de comportamentos. O homem que não consegue satisfazer as expectativas impostas não encontra respaldo para sua masculinidade no imaginário cultural e a sua identidade fica ameaçada. Um homem não pode mostrar-se fraco para o entendimento social. Se a cultura patriarcal tirou os direitos das mulheres, ela exigiu muito dos homens, mais do que eles conseguem dar.

A masculinidade e a violência no Brasil ratificam essa afirmativa e geram reflexões no campo da saúde. Trata-se este de uma reflexão sobre a condição masculina perante a violência. Através de dados de pesquisas do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM/Datasus), no ano de 1999, há a comprovação de que o número de homens que morrem, que usam da violência, ou ainda, que se acidentam é relativamente maior do que a quantidade de mulheres que sofrem ou usam do mesmo; destacando-se a faixa etária que tende à um maior índice para adolescentes e adultos jovens. Destaca-se, ainda, a prevalência de óbitos masculinos por câncer de pulmão, mortes violentas (homicídios, suicídios e acidentes por veículo motor), alcoolismo e DST/AIDS (LAURENTINI, JORGE, GOTLIEB, 2005).

Muito se discute sobre quais os fatores que podem ser a causa de tais resultados, sendo buscadas as respostas em várias áreas do conhecimento como na epidemiologia, na sociologia, na antropologia e na psicologia. Entra, portanto, em destaque a busca da virilidade do homem como principal causa; os ideais da sociedade, a qual prega ao ser masculino desde pequeno a brincarem com armas de fogo, com carros, de lutas e etc., atividades estas que ao chegar na adolescência faz com que o rapaz queira provar sua masculinidade através desses mesmo meios, estando mais propício à acidentes. Além das construções sociais que destinam o cuidado da saúde e da família às mulheres, reduzindo a procura dos homens aos serviços de saúde, os que tornam mais susceptíveis às doenças.

Em seguida, encontra-se o material intitulado “*diálogos sobre violência doméstica e de gênero – construindo políticas públicas*” (2003) já em categorias anteriores, mais que acrescenta novas contribuições ao estudo da transversalidade de gênero ao focar a masculinidade. E assim como no material anterior, os elaboradores compreendem a violência de homens contra mulheres, a partir da perspectiva de gênero, e para tal discussão é preciso incluir análises sobre os processos de socialização e sociabilidade masculinas e os significados de ser homem em nossas sociedades. E neste sentido: “[...] Em geral, os homens

são educados, desde cedo, para responder a expectativas sociais, de modo proativo, em que o risco e a agressividade não são algo que deve ser evitado, mas experimentado cotidianamente” (BRASIL, 2003, p. 22).

Essa expectativa de masculinidade que a sociedade impõe sobre o papel do homem em nosso contexto social e cultural o coloca, por muitas vezes, em situação de violência assim como ratifica o trecho do documento:

Dados evidenciam que os homens estão colocados no contexto da violência em diferentes lugares, inclusive muitas vezes como produto-alvo das próprias relações hierárquicas de poder em nossa sociedade, que definem a dominação masculina sobre as mulheres (BRASIL, 2003, p. 24).

No entanto, a associação da masculinidade ao poder e à violência não se constrói exclusivamente a partir de determinantes biogenéticos. Ela é construída e se reproduz nas relações sociais histórica e culturalmente datadas; se constrói na divisão social do trabalho, na socialização da família, da escola, no cotidiano, em pequenas ações.

Adiante se encontra dentro desta subcategoria o material intitulado “*Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*” (2005), elaborado pelo Ministério da Saúde com o propósito de capacitar e equipar os serviços e diagnosticar os casos de violência e promover a assistência adequada, além de ampliar e desenvolver os serviços especializados ou de referência. Para tal, inicia uma abordagem ampla destes objetivos e já em sua introdução apresenta um enfoque sobre a temática da masculinidade ao abordar violência de gênero, associando-a a educação oferecida de forma diferenciada para homens e mulheres e estimulando os sinais de masculinidade ao homem:

As desigualdades sociais, econômicas e políticas estruturais entre homens e mulheres, a diferenciação rígida de papéis, as noções de virilidade ligadas ao domínio e à honra masculina, comuns a essas sociedades e culturas, são fatores da violência de gênero. Seu impacto não se observa somente no âmbito individual, mas implicam perdas para o bem-estar, a segurança da comunidade e os direitos humanos (BRASIL, 2005b, p.8).

Finaliza-se a subcategoria em análise tem o material intitulado “*Comunicação e mídia – para profissionais de saúde que atuam nos serviços de atenção para mulheres e adolescentes em situação de violência e sexual*” (2007), já discutido em subcategorias anteriores. Acrescenta que a própria sociedade define as condutas que são esperadas do homem “os garotos são ensinados a reprimir as manifestações de amor, tristeza, afeto e amizade, e estimulados a exprimir outras, como raiva, agressividade, ciúmes e desejo sexual.” (BRASIL, 2007e, p. 43).

Conduitas que levam muitas vezes o homem a expressá-las através dos mais variados tipos de violência, seja contra mulher, ou até mesmo contra outro homem. Esses sinais de masculinidade estimulados nos homens repercutem, ainda, de forma marcante, na vida sexual da mulher, uma vez que:

No Brasil, evitar filhos é uma tarefa assumida, quase exclusivamente, pelas mulheres; os homens geralmente associam a diminuição de sua potência sexual ao uso de algum método para evitar filhos, além de muitas vezes acreditarem que como são as mulheres que engravidam, elas é que devem cuidar para que isso não aconteça, esquecendo que eles fazem parte do processo de procriação. (BRASIL, 2007e, p. 22).

Portanto, em busca de promover igualdade nas relações intergênero e intragênero almeja-se que sejam desatados os nós das conexões e das associações imediatamente projetadas na polarização entre o masculino e o feminino, tão frequentes nos julgamentos do senso comum. E para tal, deve-se gerar uma maior discussão e reflexão acerca da masculinidade para se compreender os comprometimentos da saúde nas relações entre os gêneros, além da abordagem das imbricações entre violência de gênero e masculinidade, subsidiada na construção social da masculinidade, a superposição de ações violentas e, dessa forma, características tidas como viris podem ser mais bem compreendidas por meio dessa construção social sobre os papéis estabelecidos para homens e mulheres. Faz-se necessário um programa que tenha como objeto de sua preocupação o próprio homem, buscando uma quebra de paradigma, no sentido de abstrair da cultura masculina a necessidade da ostentação do machismo, como se fosse ele um pavão exibindo as penas da sua cauda quando do ritual de corte para o acasalamento com a fêmea. Esse programa deveria ter como preocupação primacial deixar evidente ao universo masculino o entendimento da mulher, não mais como ser inferior e subalterno, mas como uma complementação á sua própria condição de homem, com igualdade de importância e papéis, consubstanciando uma relação binária plena, com evidentes vantagens para ambos.

Logo, ainda no que tange à perspectiva relacional de gênero e saúde, se faz necessário a continuidade de políticas que discutam com os profissionais e a sociedade as especificidades do ser homem no processo saúde-doença-cuidar, além do debate de outras questões, como a socialização dos homens. O Ministério da Saúde avançou neste sentido com a elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem que visa qualificar a atenção à saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção (BRASIL, 2008b). O reconhecimento de que a população masculina acessa o sistema de saúde por meio da atenção especializada requer mecanismos de

fortalecimento e qualificação da atenção primária, para que a atenção à saúde não se restrinja à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção a agravos evitáveis.

#### 4.1.2.2 Categoria Central: relações de gênero e as repercussões na saúde das mulheres

Neste segundo momento interpretativo as unidades de significados, foram agrupadas em subcategorias - *“violência de gênero”*, *“saúde sexual e reprodutiva – responsabilização feminina”*, *“gênero e as repercussões na saúde: adoecimento e morte”*, *“divisão sexual do trabalho e feminização da pobreza”* – posteriormente reagrupadas em torno da categoria central- *“relações de gênero e as repercussões na saúde das mulheres”*- numa lógica unificadora.

As noções de gênero têm sido formuladas ao longo dos anos a partir das percepções sociais das diferenças entre os sexos e são formulações arbitrárias e historicamente construídas dentro de um quadro de hierarquia e desigualdades (ANJOS, 2000). Essa percepção, por sua vez, está fundada em classificações que tornam opostos o “ser homem” e o “ser mulher”. Bourdieu (1999) aponta para o fato de que esta oposição é representada em pares de opostos, tais como forte/fraco, grande/pequeno, acima/abaixo e dominante/dominado. Nestas relações, as mulheres costumam desempenhar o papel de submissão, de coadjuvante nas ações sociais.

De acordo com Araújo (2008), esses comportamentos construídos a partir de diferenças entre homens e mulheres são frutos, em grande medida, de uma suposta naturalização das diferenças perpassada por várias instituições responsáveis pela nossa aprendizagem e formação como, por exemplo, a família e a escola. Dessa forma, esses preconceitos são reproduzidos como verdades naturais e os trazemos para as relações sociais de nossas vivências.

A discussão e o questionamento das diferenças entre homem e mulher, ao longo da história, são decorrentes da construção de uma nova imagem econômica e política feminina, impulsionadas pelas conquistas das mulheres como a entrada no mercado de trabalho, direito ao voto, maior escolaridade e separação entre sexualidade e reprodução. A emergência da polêmica cultural em torno da natureza e função da mulher na sociedade provocou uma nova ótica de ressignificação da sexualidade humana (TAQUETTE, 2004).

Apesar da ocorrência de todas as transformações, no século passado, nas relações entre os gêneros, ainda hoje persiste um quadro de "dominação masculina". As discussões de gênero implicam em admitir normas, valores, percepções e representações que acompanham a vida do indivíduo, legitimando sua identidade numa relação de diferenças e hierarquias (TAQUETTE, 2004). A complexidade e pluralidade das identidades subjetivas e dos questionamentos das lógicas de poder e de dominação, expressas nos sistemas de gênero, costumam questionar a naturalização que justifica as desigualdades sociais entre homens e mulheres. Isto implica em admitir que além dos fatores biológicos, psíquicos e sociais, outros aspectos podem interferir no desenvolvimento e expressão da sexualidade individual e coletiva (GIFFIN; COSTA, 1999).

O que é “ser homem” e/ou “ser mulher” tem suscitado inúmeras interpretações em diversos campos do saber. A atitude dos homens e das mulheres está intimamente ligada às representações simbólicas de masculinidade e feminilidade que se constroem historicamente. Por isso, são mutáveis e relacionais. Neste sentido, quase sempre, desde cedo as mulheres têm à prerrogativa de cuidar da casa e dos irmãos menores. Enquanto para os homens é reservado o papel das descobertas na rua e o poder de sobrepor sua vontade às mulheres (DIAS; AQUINO, 2006).

A consequência dessa diferenciação traz consequências para a vida de homens e de mulheres e se reflete, inclusive, na intimidade das relações sexuais. Espera-se da mulher um comportamento passivo e do homem um comportamento ativo. Ao homem cabe a iniciativa e o prazer, já à mulher ficou reservado o papel de complacência, submissão e reprodução (PANTOJA, 2003).

Os estudos de Heilborn et al (2002) apontam que um comportamento ativo da mulher, na prevenção da gravidez e das DSTs, por exemplo com o porte de uma “camisinha” em sua bolsa, implicaria numa representação social dela estar apta à “experiência sexual” e numa conduta desvalorizada socialmente. No entanto, este comportamento é contraditório, pois os homens costumam reservar para as parceiras o compromisso de prevenir a gravidez, mas tomam para si, a palavra final quanto ao uso da “camisinha”. Estudos acerca do comportamento sexual dos adolescentes têm mostrado o início cada vez mais precoce das relações sexuais. Possivelmente, em decorrência da falta de informação e despreparo, este fenômeno costuma apresentar problemas relacionados ao processo reprodutivo e relacional dos adolescentes, sobretudo às mulheres, como a gravidez indesejada, o aborto, desestruturação das relações familiares, doenças sexualmente transmissíveis, inclusive a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, o HIV.

Outra questão importante relacionada à categoria de gênero, por exemplo, são as práticas e ações em saúde reprodutiva enfocadas, sobretudo, nas mulheres, reforçando a noção de que a responsabilidade dos cuidados com a sexualidade é eminentemente feminina, afastando a possibilidade dos homens de participar deste processo. Esta concepção equivocada se reflete na vulnerabilidade feminina, com o aumento significativo de casos de DSTs/AIDS entre mulheres com menos de 18 anos. Este aumento decorre, além da anatomia e fisiologia feminina, do baixo poder de negociação das mulheres no momento de usar o preservativo.

a) Subcategoria 2.1: *Violência de gênero*

A divisão dos papéis de homem e mulher é algo historicamente construído e socialmente percebido, podendo esta dicotomia ser encontrada nas representações cotidianas de mulheres de qualquer faixa etária, grau de instrução, raça, etnia, classe social e orientação sexual. Essa distinção de papéis tem repercussões diretas nas práticas cotidianas, sobretudo no processo saúde-doença, uma vez que pode gerar diversos problemas, tais como baixa auto-estima, falta de cuidados na saúde e falta do uso de preservativos nas relações sexuais, além de violência contra a mulher.

A violência contra mulher traduz-se na expressão máxima do poder do homem sobre a mulher, através de suas condutas de masculinidade, representando hoje uma das principais causas de morbimortalidade. De um modo geral, em todo o mundo, a violência está entre as principais causas de morte de pessoas com idade entre 15 e 44 anos (BRASIL, 2003). O uso intencional da força física ou o abuso de poder contra outra pessoa, grupo ou comunidade trazem impactos e consequências danosas para a vida das pessoas. É necessário considerar a existência de diferentes tipos e formas de violência, como as que são destinadas a si mesmo, interpessoal, ou coletiva. Entretanto a violência se apresenta de forma distinta para homens e para as mulheres. Uma vez que homens, em sua maioria, enfrentam a violência nas ruas, nos espaços públicos, em geral praticadas por outro homem, a mulher, no entanto, sofre a violência masculina, dentro do lar, no espaço privado e seu agressor, na grande maioria das vezes, é ou foi o namorado, marido, companheiro.

A violência contra a mulher, também denominada violência de gênero independente do tipo de violência praticada contra mulher, tem como base comum as desigualdades que predominam em nossa sociedade. São muitas as formas de violência de gênero: expressam-se tanto pelas agressões físicas e sexuais, como pelas desigualdades salariais, o assédio sexual no

trabalho; o uso do corpo da mulher como objeto nas campanhas publicitárias, o tratamento desumano que muitas recebem nos serviços de saúde. Todas representam uma violação aos direitos humanos.

DÉCADA	MATERIAIS QUE ABORDAM O CONCEITO DE GÊNERO E ANO DE PUBLICAÇÃO	CATEGORIAS/ IDENTIFICADAS	Subcategorias
2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Direitos Humanos e violência Intrafamiliar - Informações e orientações para agentes comunitários de saúde</li> </ul>	<p><b>Categoria Central:</b> Relações de gênero e as repercussões na saúde das mulheres</p> <p>a) <b>Subcategorias:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Violência de gênero</li> </ul>	
2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Violência Intra-familiar: Orientações para a Prática em Serviços – Cadernos de Atenção Básica – nº 8</li> </ul>		
2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diálogos sobre violência doméstica e de gênero - construindo políticas públicas</li> </ul>		
2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Plano nacional de políticas para as mulheres</li> </ul>		
2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Política nacional de Atenção integral a saúde da mulher, Princípios e diretrizes</li> </ul>		
2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Atenção Integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual – Matriz pedagógica para formação de redes.</li> </ul>		
2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Comunicação e mídia – para profissionais de saúde que atuam nos serviços de atenção para mulheres e adolescentes em situação de violência e sexual</li> </ul>		

**Quadro 5.** Materiais oficiais do Ministério da Saúde inseridos na subcategoria 2.1 - Violência de gênero.

A violência de gênero foi objeto de discussão em sete materiais publicados na **década de 2000**. A análise destes materiais iniciou-se pelo material intitulado “*Direitos Humanos e violência Intrafamiliar - Informações e orientações para agentes comunitários de saúde*” (2001), elaborado pelo Ministério da Saúde em conjunto com o Ministério da Justiça, decorrente do protocolo de cooperação firmado entre os dois ministérios, visando o

desenvolvimento de ações conjuntas no contexto do Programa Nacional de Direitos Humanos e dos Programas de Agente Comunitário de Saúde da Família (PACS e PSF).

Trata-se de uma cartilha informativa e ilustrativa direcionada aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) voltada à prevenção e ao enfrentamento da violência no âmbito familiar e à ampliação de espaços de informação, orientação e atenção às pessoas em situação de violência.

O documento ratifica a forte relação da expressão da violência com as concepções dos papéis de ser homem e de ser mulher, estimuladas em nossa sociedade ao longo da educação instituída ainda quando crianças, privilegiando relações desiguais do homem exercendo o poder e o controle sobre a mulher:

A violência está associada à forma como a sociedade se organiza, distribui os seus bens e serviços e constrói seus valores e normas. Ela tem raízes profundas nas estruturas culturais, sociais, econômicas e políticas [...] Em geral, as meninas, mulheres e adolescentes sofrem este tipo de violência por conta de mitos e preconceitos – que resultam de séculos de relações desiguais de poder entre homens e mulheres. Nos últimos 50 anos, o mundo passou por grandes mudanças nos hábitos e costumes, porém, apesar do aumento da participação feminina na vida política, cultural e econômica, ocupando espaço nas mais diferentes profissões, as mulheres ainda são discriminadas pelo simples fato de serem mulheres [...] (BRASIL, 2001b, p. 15 e 16).

O material direciona sua discussão pela violência intrafamiliar que segundo sua abordagem é definida como toda ação ou omissão que venha a prejudicar o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um indivíduo da família. É expressa de várias maneiras, seja ela a forma física, a psicológica, a sexual ou mesmo por negligência e pode ser cometida dentro ou fora de casa, por qualquer integrante da família que esteja em relação de poder com a pessoa agredida. Inclui ainda as pessoas que estão exercendo a função de pai ou mãe, mesmo que não apresente laços consanguíneos.

O documento pode trazer contribuições significativas à saúde das mulheres, pois reitera a concepção da violência como uma violação dos direitos humanos e aponta estratégias de identificação e de intervenção por parte dos serviços e dos profissionais de saúde em situações de exposição à violência intrafamiliar.

O título “*Violência Intrafamiliar – Orientações para a Prática em Serviços – Cadernos de Atenção Básica – no. 8*” (2002), tem seu enfoque também no campo da violência intrafamiliar, compreendida como uma questão de grande amplitude e complexidade cujo enfrentamento envolve profissionais de diferentes campos de atuação. O material propõe

o fortalecimento e a efetivação das ações direcionadas às práticas nos serviços de saúde, sob o viés de gênero, e dá ênfase as consequências da violência para a saúde da mulher que se traduzem em problemas de saúde física e mental, tendências a relacionamentos com parceiros que as impeçam de trabalhar e estudar, trazendo dificuldades para crescer e desenvolver-se profissionalmente, além daquelas manifestadas por:

Lesões físicas agudas como inflamação, contusões, hematomas, tentativas de estrangulamento, queimaduras, sacudidas. Em alguns casos, podem provocar fraturas dos ossos da face, costelas, mãos, braços e pernas. Nas agressões sexuais, podem ser observadas lesões das mucosas oral, anal e vaginal. [...] As lesões das mucosas envolvem inflamação, irritação, arranhões e edema, podendo ocorrer inclusive perfuração ou ruptura. Doenças sexualmente transmissíveis (DST/AIDS), infecções urinárias, vaginais e gravidez são consequências que podem se manifestar posteriormente. [...] transtornos digestivos - como falta de apetite -, náuseas, vômitos, cólicas e dores de estômago, perda de peso, dores de cabeça e dores musculares generalizadas. Entre os sintomas psicossomáticos estão a insônia, os pesadelos, a falta de concentração e irritabilidade, caracterizando-se, nestes casos, a ocorrência de estresse pós-traumático (BRASIL, 2002, p.47).

Nota-se, portanto, que os efeitos sobre a saúde podem ser prolongados e crônicos, no entanto podem ser evitados mediante tratamento e apoio apropriado, tanto pela equipe de saúde como pela família e amigos. As manifestações podem se dá ainda, por alterações psicológicas, decorrentes do trauma, entre eles o estado de choque que ocorre imediatamente à agressão. Outro frequente sintoma é a crise de pânico, que pode repetir-se por longos períodos. Podem ainda surgir ansiedade, medo e confusão, fobias, insônia, pesadelos, autorreprovação, sentimentos de inferioridade, fracasso, insegurança ou culpa, baixa autoestima, comportamento autodestrutivo - como uso de álcool e drogas - depressão, tentativas de suicídio e sua consumação.

As manifestações sociais podem incluir isolamento por medo que outros descubram o acontecido, medo de novos acontecimentos, mudanças frequentes de emprego ou moradia, ou mesmo culminar em homicídio. Em outros grupos da população, sobretudo crianças, mulheres e idosos, a violência não resulta necessariamente em óbito, mas repercute, particularmente, no perfil de morbidade, devido ao impacto continuado sobre a saúde (BRASIL, 2002). Este material finaliza orientando os profissionais na abordagem terapêutica destas manifestações clínicas que repercutem na vida de crianças e jovens, mulheres, idosos e homens decorrentes da violência intrafamiliar, pontuando cada conduta e direcionamento de sua abordagem, além de mecanismos de estratégias e compromissos com medida preventiva a curto e longo prazo.

Em “*Diálogos sobre violência doméstica e de gênero - construindo políticas públicas*” (2003), o enfoque é dado à violência doméstica e de gênero voltada às mulheres negras e pobres. Dados estatísticos revelam taxa de homicídios para mulheres negras de 12.3 para cada 100 mil assassinatos, já as mulheres brancas apresentam taxa de 2.9 para 100 mil. Mulheres negras, entre 16 e 24 anos, têm três vezes mais chance de serem estupradas do que as mulheres brancas (RUFFINO, 1999).

As mulheres negras vêm, há décadas, buscando ampliar o conceito de violência contra a mulher, para além da agressão e do abuso sexual, requerendo a introdução do conceito de violência racial entre as práticas que produzem dano físico, psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. A condição de raça as coloca em situação de vulnerabilidade à violência decorrente das diferenças de gênero [...] as mulheres são as últimas da escala, sendo vítimas de violência em nome de qualquer pretexto, principalmente se forem pobres e negras (BRASIL, 2003, p.32).

A violência racial aplicada sobre homens e mulheres negras é decorrente das condições históricas que construíram a relação de coisificação dos negros em geral e das mulheres negras em particular. No Brasil, o estupro colonial perpetrado pelos senhores brancos sobre negras e indígenas é responsável por um dos pilares estruturantes da decantada democracia racial que é a miscigenação, e está na origem de todas as construções sobre a identidade nacional e das hierarquias de gênero e raça presentes em nossa sociedade. Esta tradição continua legitimando formas particulares de violências vividas presentemente por mulheres negras, dentre as quais se destaca o turismo sexual e o tráfico de mulheres, temas que apresentam o corte racial como um marcador fundamental. Fato retomado nas discussões do material analisado quando afirma que:

As mulheres envolvidas com o turismo sexual ou tráfico de mulheres são invariavelmente muito pobres e, em geral, foram vítimas de abuso sexual. Acham-se submetidas a condições de opressão e marginalização tão intensas que, mesmo conhecendo ou intuindo os riscos presentes nos envolvimento com estes homens estrangeiros, agem como se o que quer que venham a sofrer não possa ser pior do que o que já conhecem (BRASIL, 2003, p.13).

A violência trás inúmeros danos à vida física da mulher negra, uma vez que a deixa mais vulnerável às agressões físicas e sexuais, mas outra grave expressão da violência racial na temática de gênero e da violência contra a mulher é a violência psicológica que repercute em danos para a saúde mental como defende os elaborados que:

Graves sequelas na autoestima das mulheres negras, advindas desta imagem desvalorizada, presente no imaginário social, encerram duas ordens diferentes de violência: uma oriunda da ideologia machista patriarcal, que concebe as mulheres em geral como objetos de propriedade masculina; a

outra, de natureza racial, que institui a desvalorização das negras em relação às brancas, disponíveis e acessíveis a “precinhos módicos” (BRASIL, 2003, p.14).

A construção social das relações de gênero tem se dado de forma a determinar a existência e a reprodução dos papéis masculino e feminino. Estes papéis têm atribuído a mulheres e homens posições sociais excludentes e hierarquizadas e, por consequência, violentas. Ainda que as mulheres tenham conquistado avanços significativos no campo dos direitos, persistem como uma categoria social que é alvo de violências por parte das pessoas que lhes são mais próximas – maridos e ex-maridos, companheiros e ex-companheiros, pais e padrastos.

Para prevenir e lutar contra estas repercussões da violência na sociedade, que se reflete de forma mais acentuada sobre grupos populacionais mais vulneráveis, decorrente das construções estabelecidas no campo social, se faz necessária a formulação de políticas públicas para o enfrentamento à violência de gênero nos diferentes campos – jurídico, social, de saúde, de segurança, entre outros. O reconhecimento do problema da violência como um problema de todos, e, portanto, do Estado, de um lado desafia antigos conceitos e mitos que delegavam ao homem poder e à mulher exigiam submissão, nos marcos da família e, de outro, trazem a público as consequências e perdas sociais causadas pela violência. Provocar a desnaturalização da violência exige a construção de novos paradigmas para as relações entre homens e mulheres, o reconhecimento de conflitos e tensões originados na imposição social dos papéis de gênero.

O “*Plano Nacional de Políticas Para as Mulheres*” (2004) apresenta o plano de ações direcionadas às mulheres, produto do compromisso firmado na I conferência Nacional de Políticas para as Mulheres que, entre inúmeros aspectos, propõe reduzir as desigualdades de gênero e raça. Com base nesse eixo norteador, introduz uma importante discussão sobre a violência contra a mulher, duplamente vítima de situações violentas: como cidadãs se defrontam com as diversas formas de violência que atingem a sociedade brasileira; como cidadãs e mulheres, com a violência de gênero.

Reconhece que a violência de gênero representa um dos principais indicadores da discriminação de gênero e um grave problema de saúde pública. Com repercussões também para o campo econômico, com visível custo humano, elevado custo à rede de saúde pública, relativo às internações e ao atendimento físico e psicológico, e repercussões no mercado de trabalho, em razão dos prejuízos ao desempenho profissional da vítima (BRASIL, 2004c). O Plano Nacional de Políticas Para as Mulheres instituiu a discussão sobre os mecanismos de

enfrentamento e redução da violência doméstica e sexual a partir de ação conjunta de recursos públicos e comunitários e do envolvimento do Estado e da sociedade como um todo

O documento “*Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – princípios e diretrizes*” (2004), trabalha nas perspectivas do enfrentamento das desigualdades de gênero e da garantia da atenção integrada e humanizada às mulheres em situações de violência. Ao iniciar a discussão analisando as condições de saúde da população, trás dados estatísticos sobre a mortalidade que descreve que determinados problemas de saúde afetam homens e mulheres de maneira distinta, fato que é visível no caso da violência, uma vez que “enquanto a mortalidade por violência afeta os homens em grandes proporções, a morbidade, especialmente provocada pela violência doméstica e sexual, atinge, prioritariamente, a população feminina” (BRASIL, 2004d, p.25).

O documento discute, ainda, a violência sexual como um dos principais indicadores da discriminação de gênero contra a mulher, e nesta perspectiva prioriza a humanização e a qualidade de atenção em saúde como condições essenciais para o atendimento a estas vítimas, como princípio para uma política de atenção integral à saúde da mulher, a fim de promover o fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção de seu autocuidado.

A publicação “*Atenção Integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual – Matriz pedagógica para formação de redes*” (2006) propõe a organização de redes integradas de atenção para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual na perspectiva de promover o empoderamento feminino, através da articulação intra e intersetorial para formar redes de atenção integral para mulheres e adolescentes em situação ou risco de violência doméstica e sexual, no âmbito dos governos estaduais e municipais, com a participação de organizações não-governamentais e das redes de proteção de direitos de crianças e adolescentes, incluindo grupos populacionais discriminados por questões de gênero, raça, etnia e idade (BRASIL, 2006b).

Em “*Comunicação e mídia – para profissionais de saúde que atuam nos serviços de atenção para mulheres e adolescentes em situação de violência e sexual*” (2007), dá um destaque à violência sexual, ao estupro e à interrupção legal da gravidez. Como inovação adota a mesma definição da Convenção de Belém do Pará, em 1995, que compreende a violência contra mulher como “[...] qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na privada” (BRASIL, 2007e, p. 41).

O documento dá expressão ao enfoque de gênero ao abordar as diversas formas de violência, definidas pela Lei n.º 11.340, de 7 de agosto de 2006 - Lei Maria da Penha, como a violência doméstica e familiar, entre outras a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua saúde corporal; a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que vise controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização e exploração ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;

Além da violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição; a violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos; a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria (BRASIL, 2007e).

O documento refere-se à violência como uma das formas de expressão de posse e controle do homem sobre a mulher com consequências maléficas à saúde e às vezes à vida. Para o combate e enfrentamento da violência destaca a importância da formação de redes de atenção integral para as mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, com ênfase numa intervenção intersetorial.

#### b) Subcategoria 2.2: Saúde sexual e reprodutiva – responsabilização feminina

No Brasil, a saúde da mulher, nas primeiras décadas do século XX, limitava-se às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas direcionados às mulheres, por muitos anos, traduziam uma visão restrita, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação, pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2007d).

Essa visão de programas que não ultrapassavam o foco da atenção à reprodução como uma questão exclusivamente feminina, justificou durante anos e até os dias atuais, a sobrecarga da mulher com relação à responsabilização pela concepção e contracepção.

Os direitos reprodutivos como direitos sociais que envolvem o acesso à informação e aos serviços especializados, para que homens e mulheres possam planejar sua vida sexual e reprodutiva, ficaram praticamente reduzidos a formulações teóricas. A ausência de práticas de educação sexual e reprodutiva voltadas aos adolescentes e jovens traduzem-se em altos índices de gravidez na adolescência, com a elevação do risco de morte em meninas gestantes (BRASIL, 2004b).

DÉCADA	MATERIAIS QUE ABORDAM O CONCEITO DE GÊNERO E ANO DE PUBLICAÇÃO	CATEGORIAS/ IDENTIFICADAS	Subcategorias
1988	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Assistência integral a saúde da mulher, material instrucional, modulo III</b></li> </ul>	<b><u>Categoria Central:</u></b> Relações de gênero e as repercussões na saúde das mulheres  b) <b><u>Subcategorias:</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Saúde sexual e reprodutiva: responsabilização feminina</li> </ul>	
1995	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Acompanhando a saúde da mulher, Parte II, Planejamento familiar controle do câncer, DST/AIDS, Climatério</b></li> </ul>		
2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Política nacional de Atenção integral a saúde da mulher, Princípios e diretrizes</b></li> </ul>		
2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Marco teórico e referencial Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens</b></li> </ul>		
2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Comunicação e mídia – para profissionais de saúde que atuam nos serviços de atenção para mulheres e adolescentes em situação de violência e sexual</b></li> </ul>		

**Quadro 6.** Materiais oficiais do Ministério da Saúde inseridos na subcategoria 2.2 - Saúde sexual e reprodutiva: responsabilização feminina.

A primeira publicação analisada e intitulada “*Assistência integral a saúde da mulher, material instrucional, módulo III*” (1980), enfoca a responsabilização feminina para prevenir a gravidez:

Outro fator que coloca os homens em vantagem é que a maioria dos métodos é feminina e os poucos masculinos que existem, eles na maioria das vezes, não querem usar, no que encontram frequentemente, e mais uma vez, o respaldo feminino (BRASIL, 1988c, p.142).

A oferta de métodos contraceptivos ficou limitada à distribuição de pílulas e à utilização da laqueadura, muitas vezes usada como moeda de troca eleitoral. Pouco se

estimulou a participação masculina na utilização de métodos contraceptivos e, apesar da vasectomia ser legalmente garantida, além de ser uma intervenção muito mais simples e segura que a esterilização tubária, sua baixa incidência mostra que a responsabilidade sobre o controle da reprodução ainda é quase exclusivamente feminina, o que reafirma o material analisado que as mulheres “sempre estiveram mais particularmente motivadas a aceitar os riscos porque a responsabilidade da gravidez, do parto, do aborto e do cuidado das crianças recai principalmente sobre ela”. (BRASIL, 1988c, p.175).

O planejamento familiar quando não compartilhado pelo casal, destina a responsabilidade exclusivamente para a mulher. Nos casos em que ocorre a gravidez indesejada, a responsabilização unilateral se perpetua com o aborto provocado, e com a exposição aos riscos às hemorragias, infecções, entre outros. A prática do aborto é crime e as mulheres não têm o direito de escolha sobre a interrupção da gravidez, excetuando-se as situações em que há risco de vida para a gestante ou quando a gravidez resulta do crime de estupro. Porém, mesmo nos casos previstos por lei, as mulheres enfrentam a interferência e a pressão de setores conservadores e têm que recorrer à justiça para fazer valer os seus direitos.

Calcula-se que cerca de 1,2 milhão de abortos são feitos por ano no país, causando 9% das mortes maternas e 25% das esterilidades, ainda respondem pela quinta causa de internações hospitalares, com 250 mil casos de complicações. Apesar de legalmente previsto, até 2002 apenas 46 serviços em todo o país realizavam esse tipo de atendimento. A descriminalização do aborto permanece como um desafio, e o debate sobre as restrições legais, uma realidade para as mulheres brasileiras (BRASIL, 2004b).

Em 1994, a Conferência Internacional sobre população e Desenvolvimento, realizado no Cairo, consagrou o conceito de direitos sexuais e reprodutivos, estabelecendo um novo paradigma nas áreas da reprodução e planejamento populacional. Na IV Conferência Mundial da Mulher (Pequim/95), esse conceito foi reafirmado. No Brasil, somente dez anos depois da promulgação da Constituição Federal (BRASIL, 1988), ações mais efetivas no campo da saúde da mulher começaram a ser implementadas. A ênfase, no entanto, era dada à assistência pré-natal, parto e nascimento e não a uma agenda mais ampla e com uma visão integral do direito à saúde das mulheres (BRASIL, 2007a).

O “Acompanhando a saúde da mulher, Parte II, Planejamento familiar controle do câncer, DST/AIDS, Climatério” (1995) define ações básicas relativas ao Planejamento Familiar, Controle do Câncer, Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS e Climatério, e sob o enfoque de gênero ressaltando a questão da responsabilização dos cuidados de saúde pelas mulheres com relação “à prática do planejamento familiar, a responsabilidade recai

principalmente sobre a mulher. Somente 2,7% dos homens utilizam alguma forma de evitar a gravidez, sendo importante estimular a sua participação” (BRASIL, 1995, p. 10).

Em nossa sociedade, as construções sociais do papel feminino instituíram durante muito tempo a função de ser mãe como o eixo da vida de uma mulher. A sua sexualidade era associada à reprodução e desenvolver suas capacidades e ter prazer tornou-se algo secundário. Com a descoberta dos métodos contraceptivos como meio de evitar filhos, a mulher passa a poder decidir sobre o seu próprio corpo e sua sexualidade, tendo formas de pensar, planejar, sentir e viver o ato de ter filhos. No entanto a responsabilidade de evitar filhos por muitos anos era vivenciada apenas pelas mulheres, uma vez que:

No Brasil, evitar filhos é uma tarefa assumida, quase exclusivamente, pelas mulheres; os homens geralmente associam a diminuição de sua potência sexual ao uso de algum método para evitar filhos, além de muitas vezes acreditarem que como são as mulheres que engravidam, elas é que devem cuidar para que isso não aconteça, esquecendo que eles fazem parte do processo de procriação (BRASIL, 1995, p.22).

A publicação Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher, Princípios e Diretrizes (2004) numa mesma perspectiva que a anterior, aborda a questão das desigualdades de gênero e o fato desta gerarem maior responsabilidade para as mulheres em vários campos de sua vida:

Naquele momento tratava-se de revelar as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, os problemas associados à sexualidade e à reprodução, as dificuldades relacionadas à anticoncepção e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a sobrecarga de trabalho das mulheres, responsáveis pelo trabalho doméstico e de criação dos filhos (BRASIL, 2004d, p.15).

Ainda, nesta década, o material intitulado “*Marco Teórico e Referencial Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens*” (2006) vem discutir sobre a sexualidade dos jovens, cita a inclusão dos adolescentes e jovens masculinos nas políticas voltadas para a saúde sexual e saúde reprodutiva como um dos pilares importantes da Plataforma do Cairo, e neste contexto destaca a necessidade de discutir a responsabilidade que cabe aos homens na função parental e no comportamento em matéria de sexualidade e reprodução e encorajá-los a assumir ativamente essa responsabilidade é, “sobretudo, necessário estudar os fatores que impedem os homens de participar das ações de planejamento familiar” (BRASIL, 2006c, p.35).

O material em estudo ressalta a importância da IV Conferência Internacional sobre a Mulher (Pequim), em 1995, cujo principal avanço foi dar visibilidade aos direitos sexuais e direitos reprodutivos como condições para a conquista da igualdade de gênero. Nesse sentido

o material compreende a responsabilização de homens e mulheres de forma igualitária como um direito sexual e reprodutivo:

Direito de controle e decisão, de forma livre e responsável, sobre questões relacionadas à sexualidade, incluindo-se a saúde sexual e saúde reprodutiva, livre de coerção, discriminação e violência. A igualdade entre mulheres e homens no que diz respeito à relação sexual e reprodução, incluindo-se o respeito à integridade, requer respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades pelos comportamentos sexuais e suas consequências. (BRASIL, 2006c, p.36).

O título “*Comunicação e mídia – para profissionais de saúde que atuam nos serviços de atenção para mulheres e adolescentes em situação de violência e sexual*” (2007) discute a responsabilidade da mulher sobre a questão do planejamento familiar o debate recai sobre a forte assimetria de gênero que ordena as relações sociais, com subordinação do feminino – a qual repercute desde a educação diferencial na infância até a posição subalterna que mulheres ocupam no mercado de trabalho. Aponta a manifestação da violência contra as mulheres como uma das expressões dessa hierarquia de gênero. Ainda discute a escassez de oportunidades sociais postas às mulheres; a reclusão da mulher à esfera doméstica para o cuidado com os familiares (irmãos, filhos, pais, marido), tendo como associação a exploração e ao abuso sexual, à violência física e psicológica e a dificuldade de inserção e permanência na escola e no mercado de trabalho, e expectativas diferenciais para o desempenho social de homens e mulheres, as quais se combinam com a discriminação racial e de classe, diminuindo muito as chances de a mulher superar os obstáculos.

✓ Subcategoria 2.3: Adoecimento e morte

Nesta subcategoria analisam-se os processos de adoecimento e morte que ocorrem na vida da população decorrente das diferenças de gênero e neste sentido alguns indicadores atuais indicam transformações importantes no perfil da população brasileira, enquanto outros mostram a persistência de desigualdades estruturais ou mesmo o seu aprofundamento.

No Brasil, a população feminina apresenta como principais causas de morte as doenças cardiovasculares, principalmente o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral, as neoplasias, destacando-se o câncer de mama, de pulmão e de colo do útero; as doenças respiratórias; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com destaque para diabetes; e as causas externas (BRASIL, 2004c).

As mudanças de hábitos, aliadas ao estresse do estilo de vida no mundo moderno, contribuem para que as doenças crônico-degenerativas estejam entre as principais causas de

morte na população feminina. A hipertensão arterial e o diabetes *mellitus* são os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Os problemas de saúde atingem a população de maneira diferenciada. Alguns são mais prevalentes em determinados grupos raciais e étnicos.

Quanto à mortalidade materna as principais causas são hipertensão, hemorragias, infecções puerperais, doenças do aparelho circulatório complicadas pela gestação, parto, puerpério e aborto. Supõe-se que, em 92% dos casos, estes óbitos poderiam ser evitados. As dificuldades de acesso aos serviços de atendimento ginecológico e obstétrico são maiores para as mulheres negras: são constatadas diferenças relacionadas com número de exames ginecológicos, consultas pré-natal e até mesmo com a proporção de parturientes que receberam ou não anestesia, com nítidas desvantagens para as mulheres negras, que se encontram em situação vulnerável devido as diferenças de gênero e raça que as acompanham (BRASIL, 2004b).

Nas últimas décadas, foi alcançada uma boa cobertura das ações que compõem a atenção obstétrica e o planejamento familiar, mas a qualidade destas ações continua precária, de tal forma que a razão de mortalidade materna, corrigida, no Brasil, em 2002, foi de 75 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos (SIM/SINASC/ MS). Em países desenvolvidos essas razões oscilam entre 06 a 20 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2004c).

Registra-se, no entanto, segundo o Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde, uma tendência de aumento do número de consultas de pré-natal. Em 1995, foi informada 1,2 consulta de pré-natal para cada parto realizado no SUS, enquanto em 2003, esta proporção já era de 5,1 consultas de pré-natal para cada parto. Com relação à atenção ao parto, 91,5% são realizados em ambiente hospitalar, mas em muitas regiões do país, especialmente nas zonas rurais, a única opção que existe para a mulher é o parto domiciliar, assistido por parteiras tradicionais (BRASIL, 2004c).

Embora o parto domiciliar seja, em alguns casos, uma opção da mulher, a parteira tradicional, em geral, atua sem o apoio dos serviços de saúde. Em consequência desse isolamento, a maioria dos partos domiciliares ocorre em condições precárias e não são notificados aos sistemas de informação em saúde. Tampouco se tem um registro preciso do número de parteiras atuantes no país. Ainda como indicador da falta de qualidade da atenção ao parto no Brasil, destaca-se a taxa de cesariana que é de 39%, uma das mais altas do mundo. Os dados também evidenciam que a atenção no puerpério não está consolidada nos serviços

de saúde, pois apenas 28% das puérperas realizaram consulta desta natureza. (BRASIL, 2004d).

Outra importante causa de morte é o aborto que se situa na quarta posição dentre as causas de morte materna no Brasil. Na grande maioria das vezes é realizado em condições de risco e, com frequência, é acompanhado de complicações severas como a perfuração do útero, a hemorragia e a infecção, que podem levar a graus distintos de morbidade e mortalidade (LANGER; ESPINOZA, 2001). Em pesquisa realizada no Brasil, Hardy e Costa (199\_) estimaram que 20% dos abortos clandestinos realizados por profissional médico em clínicas, e 50% dos abortos domiciliares, realizados pela própria mulher ou por curiosas, apresentam complicações (BRASIL, 2004c).

Nesta última década, houve queda nos índices de mortalidade materna, também associada a uma melhoria no atendimento obstetrício e à criação de alguns programas específicos de saúde, bem como em razão da ampliação da oferta de anticoncepcionais. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) demonstra que a laqueadura tubária (40%) e a pílula (21%) são os métodos anticoncepcionais mais usados no Brasil. A prevalência da laqueadura é maior nas regiões onde as mulheres têm menor escolaridade e condições socioeconômicas mais precárias. A baixa frequência de uso de outros métodos (hormonais injetáveis 1,2%, condom 4,4%, esterilização masculina 2,6%, DIU 1,1%, métodos naturais e outros 6,6%), associada à ausência de citação do diafragma, indica o limitado acesso das mulheres às informações sobre as opções disponíveis (BRASIL, 2004c).

Ainda, segundo esta pesquisa, 43% das usuárias de métodos anticoncepcionais interromperam o uso durante os primeiros doze meses após a adoção e, nos cinco anos que antecederam o estudo, aproximadamente 50% dos nascimentos não foram planejados. A proporção de mulheres que apresentavam necessidade insatisfeita de anticoncepção era de 9,3% na área rural e de 4,5% na área urbana. Possivelmente, esta situação contribui para a ocorrência de abortamentos em condições inseguras e para o aumento do risco de morte por esta causa (BRASIL, 2004c).

No Brasil, o acesso à anticoncepção, direito garantido constitucionalmente, não é amplamente atendido. Existem problemas na produção, controle de qualidade, aquisição, logística de distribuição dos insumos e manutenção da continuidade da oferta de métodos anticoncepcionais. O resultado é uma atenção precária e excludente, ou até inexistente em algumas localidades, com maior prejuízo para as mulheres oriundas das camadas mais pobres e das áreas rurais.

A saúde reprodutiva, ao lado da área de violência, foi a que registrou mais avanços nas políticas públicas voltadas para mulheres. Os princípios da Constituição Federal (BRASIL, 1988) e a atuação organizada e articulada entre órgãos governamentais e os movimentos de mulheres, sobretudo a partir da criação de redes e articulações feministas, impulsionaram a criação de alguns serviços de atenção à saúde.

Merece destaque o Programa Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1983 e adotado como diretriz nacional a partir de 1985, que prevê ações educativas, preventivas, diagnósticas, de tratamento e recuperação. O programa enfrentou dificuldades que prejudicaram sua implantação nos estados e municípios, acrescidas na última década pelo impacto das restrições econômicas que diminuíram seu escopo e ampliaram as dificuldades de articulação entre os três níveis administrativos previstos pela proposta de descentralização e instituição do Sistema Único de Saúde (SUS). Embora amplo no conceito e envolvendo vários aspectos da saúde da mulher, o atendimento ficou limitado basicamente ao período gravídico-puerperal com a ênfase concentrada na questão da mortalidade materna ((BRASIL, 2004b).

Além da concentração em aspectos relacionados com a saúde reprodutiva e em especial a saúde materna, durante a década de 1990 as políticas apresentaram descontinuidade nas ações e muitas iniciativas tiveram dificuldade de implementação pelos municípios, evidenciando as limitações do processo de descentralização e de implantação do SUS. As administrações locais concentraram em programas voltados à atenção à maternidade ou em programas em que as mulheres são veículos da ação, como aqueles direcionados para a assistência infantil (BRASIL, 2004b).

Essas debilidades limitaram a capacidade de atendimento em geral para as mulheres: a incidência da mortalidade materna na região Norte, doenças decorrentes das atividades de trabalho, doenças como a anemia falciforme que atinge mais a população negra. O atendimento com pessoal inadequadamente treinado junto às adolescentes, lésbicas e idosas são exemplos desse tipo de precariedade.

DÉCADA	MATERIAIS QUE ABORDAM O CONCEITO DE GÊNERO E ANO DE PUBLICAÇÃO	CATEGORIAS/ IDENTIFICADAS	Subcategorias
1988	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Assistência integral a saúde da mulher, material instrucional, modulo III</b></li> </ul>	<b><u>Categoria Central:</u></b> Relações de gênero e as repercussões na saúde das mulheres  c) <b><u>Subcategorias:</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gênero e as repercussões na saúde: adoecimento e morte</li> </ul>	
1995	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Acompanhando a saúde da mulher, Parte II, Planejamento familiar controle do câncer, DST/AIDS, Climatério</b></li> </ul>		
2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes - Série C. Projetos, Programas e Relatórios</b></li> </ul>		

**Quadro 7.** Materiais oficiais do Ministério da Saúde inseridos na subcategoria 2.3 - Gênero e as repercussões na saúde: adoecimento e morte.

Na **década de 1980** o material “*Assistência integral a saúde da mulher: material instrucional, módulo III*” (1988) aponta que as diferenças de gênero acarretam consequências para vida da mulher, o que leva às mulheres a sofrerem de fato e em medida muito maior do que o homem o sentimento de inferioridade, decorrente da educação oferecida às crianças reforçada pelas historinhas infantis, livros didáticos na fase escolar, conforme ilustra o texto:

A sexualidade do menino é acentuada e aceita, muitas vezes particularmente gratificada, enquanto a da menina se deixa sob o manto do silêncio, não existe. [...] Para ele, a menina percebe a diferença anatômica do sexo entre 3 e 4 anos, o sentimento da menina é sempre de revolta e inveja, sente-se inferior, como se tivesse sido castrada. Custa a reconciliar-se mais tarde com seu próprio sexo, ficando por toda a vida com uma sensação de inferioridade no plano psicológico e moral (BRASIL, 1988c, p. 20).

Evidenciam-se, ainda, as diferenças geradas pela expectativa que o campo social faz dos papéis masculino e femininos acentuando as atitudes de agressividade no homem e passividade na mulher, e aponta para a necessidade de um olhar diferenciado para a educação dada às crianças no sentido de minimizar e transformar estes estereótipos induzidos no decorrer dos anos.

Na **década de 1990** a publicação “*Acompanhando a saúde da mulher, Parte II, Planejamento familiar controle do câncer, DST/AIDS, Climatério*” (1995) aborda a questão da sexualidade e dos papéis sexuais desiguais assumidos por homens e mulheres, ressaltando a dificuldade que tem as mulheres de compreender, visualizar e tocar seu próprio corpo; por vergonha e por acreditar que os órgãos genitais devem ser escondidos, com consequências para os cuidados com a saúde e com a prevenção de doenças como é o caso do câncer de colo

e o de mama, uma vez que “muitas mulheres por medo ou vergonha de se tocarem e de serem examinadas por profissional homem, não fazem o auto-exame das mamas e o preventivo de câncer de colo do útero” (BRASIL, 1995, p.49).

Estes sentimentos exacerbam-se nas mulheres idosas, uma vez que estas vivenciam tais papéis de modo mais acentuado, como é compreendido no trecho seguinte “A mulher depois da menopausa perde a vontade de sexo? [...] algumas mulheres tem diminuição da vontade, outras acham que não devem mais ter relações por pensarem que isto é coisa de jovem” (BRASIL, 1995, p.93).

Na **década de 2000** a “*Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher, Princípios e diretrizes*” (2004) destaca a importância do movimento feminista no debate sobre as repercussões decorrentes das desigualdades de gênero:

As mulheres organizadas argumentavam que as desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres se traduziam também em problemas de saúde que afetavam particularmente a população feminina. Por isso, fazia-se necessário criticá-los, buscando identificar e propor processos (BRASIL, 2004d, p.16).

Outro importante aspecto apontado é necessidade de políticas públicas de saúde mental com enfoque de gênero, ressaltando que:

Trabalhar a saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero, nasce da compreensão de que as mulheres sofrem duplamente com as consequências dos transtornos mentais, dadas as condições sociais, culturais e econômicas em que vivem. Condições que são reforçadas pela desigualdade de gênero tão arraigada na sociedade brasileira, que atribui à mulher uma postura de subalternidade em relação aos homens (BRASIL, 2004d, p.44).

Sobre a mesma questão o material “*Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes - Série C. Projetos, Programas e Relatórios*” (2007) destaca que as identidades de gênero acarretam problemas de saúde e de mortalidade para a mulheres e homens, pois[...] os comportamentos, tanto dos homens quanto das mulheres, baseados nos padrões hegemônicos de masculinidade e feminilidade, são produtores de sofrimento, adoecimento e morte (BRASIL, 2007b, p.16).

Nesse sentido ressalta que mesmo ocorrendo para ambos os sexos, as consequências no padrão de saúde e qualidade de vida, são diferentes para as mulheres e para os homens, o que as colocam em situação de maior vulnerabilidade:

No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico [...] A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas

de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos (BRASIL, 2007b, p.9).

O material aponta ainda que os agravantes para a saúde, decorrentes na vida de homens e mulheres afetam não apenas a saúde física como outras áreas de sua vida, uma vez que leva em consideração seu contexto social, cultura e econômico:

Naquele momento tratava-se de revelar as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, os problemas associados à sexualidade e à reprodução, as dificuldades relacionadas à anticoncepção e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a sobrecarga de trabalho das mulheres, responsáveis pelo trabalho doméstico e de criação dos filhos (BRASIL, 2007b, p.15).

Destaca, sobretudo, que nos dias atuais a violência é um indicador da agressividade e dominação do homem sobre a mulher, causando não apenas inúmeras doenças desde físicas a psicológicas, como também elevados índices de mortalidade decorrentes da violência de gênero:

As estatísticas sobre mortalidade são bastante utilizadas para a análise das condições de saúde das populações. É importante considerar o fato de que determinados problemas afetam de maneira distinta homens e mulheres. Isso se apresenta de maneira marcante no caso da violência (BRASIL, 2007b, p.25).

A sobrecarga e cobranças destinadas às mulheres, decorrente dos papéis que lhe são determinados, procede das desigualdades uma vez que as mulheres ganham menos, estão concentradas em profissões mais desvalorizadas, têm menor acesso aos espaços de decisão no mundo político e econômico, sofrem mais violência (doméstica, física, sexual e emocional), vivem dupla e tripla jornada de trabalho e são as mais penalizadas com o sucateamento de serviços e políticas sociais, dentre outros problemas. Outros aspectos agravam a situação de desigualdade das mulheres na sociedade: classe social, raça, etnia, idade e orientação sexual, situações que limitam o desenvolvimento.

Desta forma é necessário intervir no modelo vigente de atenção à saúde mental das mulheres, visando a propiciar um atendimento mais justo, mais humano, eficiente e eficaz, em que a integralidade e as questões de gênero sejam incorporadas como referências na formação dos profissionais que atendem a esse grupo populacional e podem intervir positivamente nessa realidade. É necessário que se dê um processo de incorporação, à prática das ações de saúde, da perspectiva de que a saúde mental das mulheres é, em parte, determinada por questões de gênero, somadas às condições socioeconômicas e culturais. Dentro dessa realidade, o SUS poderá propiciar um atendimento que reconheça, dentre os direitos humanos das mulheres, o direito a um atendimento realmente integral a sua saúde.

Nesse sentido, o material reforça a importância da transversalidade do conceito de gênero para a promoção da igualdade dos direitos entre homens e mulheres, repercutindo assim de forma positiva na saúde da população:

[...] mulheres e homens, em função da organização social das relações de gênero, também estão expostos a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte. Partindo-se desse pressuposto, é imprescindível a incorporação da perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde, que tenham como objetivo promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher (BRASIL, 2007b, p.13).

Levando em consideração que as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam num forte impacto nas condições de saúde destas últimas, as questões de gênero devem ser consideradas como um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas. Deve-se, neste sentido, priorizar todas as medidas necessárias para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, incluindo sua saúde sexual, reprodutiva, saúde mental, saúde laboral, enfim toda a sua integralidade.

✓ Subcategoria 2.4: Divisão sexual do trabalho e feminização da pobreza

Há séculos, reconhece-se a história da luta das mulheres por melhores condições de trabalho. A data em que se rememora este fato é o ‘Dia 8 de março de 1857’, em que operárias de uma fábrica de tecidos, situada na cidade norte-americana de Nova Iorque, fizeram uma grande greve. Ocuparam a fábrica e começaram a reivindicar melhores condições de trabalho, tais como: redução na carga diária de trabalho, equiparação de salários com os homens e tratamento digno dentro do ambiente de trabalho. A manifestação foi reprimida com total violência. As mulheres foram trancadas dentro da fábrica, que foi incendiada. Aproximadamente 130 tecelãs morreram carbonizadas, num ato totalmente desumano (PINTO, 2004).

As mulheres representam hoje, no Brasil, 42% da mão-de-obra no trabalho formal e 57% no trabalho informal (PERSEU ABRAMO, 2001), sem considerar o trabalho doméstico não remunerado. Ainda que a escolaridade das mulheres seja superior à dos homens, permanecem as diferenças salariais. A concentração de trabalhadoras é maior no setor de serviços, em ocupações consideradas menos importantes e com menor remuneração.

A taxa de participação das mulheres no mercado de trabalho no Brasil, conforme a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/IBGE) de 2003, já é de 50%. Taxa

superior à média da América Latina (de 45%), mas inferior à média de diversos países desenvolvidos. E, ainda que venha crescendo significativamente nas últimas três décadas, a taxa de participação feminina posiciona-se mais de 20 pontos percentuais abaixo da taxa de participação masculina, que é de 73%. Os dados disponíveis sobre o mercado de trabalho indicam as dificuldades que um contingente importante de mulheres, especialmente as mais pobres e com menor escolaridade, ainda enfrentam para poder entrar no mercado de trabalho (IBGE, 2004).

As diferenças se repetem no interior dos grupos raciais: mulheres brancas apresentam maior escolaridade que homens brancos e mulheres negras têm maior escolaridade que homens negros. Apesar disso, a taxa de desemprego das mulheres permanece 58% maior que a dos homens, e a das mulheres negras 20% maior que a das mulheres brancas. Dados recentes demonstram que as mulheres representam 93,5% dos trabalhadores domésticos; 69% daqueles na produção para autoconsumo e 55% dos não-remunerados. Entre os empregadores, os homens representam 75% (IBGE, 2004).

Os tipos mais frequentes de discriminação que ocorrem contra as mulheres trabalhadoras estão relacionados à gravidez, à raça, às portadoras de HIV e às mulheres com deficiência ou reabilitadas. Elas são vítimas de assédio sexual, demissão arbitrária e ilegal ou de hostilidades no local de trabalho, como forma de forçar pedidos de demissão. Muitas mulheres, após confirmação de gravidez, são imediatamente despedidas ou submetidas a tratamentos desumanos e discriminatórios por parte dos empregadores. No caso das mulheres com doenças infectocontagiosas, especialmente com HIV/Aids, a falta de informação dos dirigentes das empresas e dos próprios colegas de trabalho é um dos principais fatores que levam à discriminação. A descoberta pelos empregadores de sorologia positiva, inclusive por meio de exames ilegais, prática considerada criminosa, expõe a trabalhadora ao preconceito de seus colegas e quase sempre resulta em demissão sumária.

A discriminação contra as mulheres e o preconceito racial, aliados às dificuldades de acesso à educação, reservam às mulheres negras as menores remunerações e as funções de mais baixa qualificação. A ameaça de demissão sumária é uma das armas utilizadas por empregadores, como forma de submeter trabalhadoras ao assédio sexual. As denúncias que chegam aos Núcleos de Combate à Discriminação comprovam que as mulheres, principalmente aquelas que realizam trabalhos domésticos, são frequentemente vítimas de assédio sexual em seu ambiente de trabalho. Esta prática, entretanto, ocorre em todos os ramos das atividades laborais, sem poupar mesmo as mulheres que ocupam postos de maior qualificação. Com relação às mulheres com deficiência, soma-se ao preconceito de gênero a

discriminação contra as pessoas com deficiências, que frequentemente são vistas como incapazes de exercerem uma atividade laboral.

Outra forma de discriminação é o assédio moral, que se caracteriza como toda e qualquer conduta abusiva (gesto, palavra, comportamento, atitude) que atente, por sua repetição ou sistematização, contra a dignidade ou a integridade psíquica ou física de uma pessoa, ameaçando seu emprego ou degradando o clima de trabalho (BRASIL, 2009). Ameaças, insultos e sabotagens dos superiores são suportados na tentativa de manter o emprego ou de realização de horas extras. Esta situação causa sérios danos à saúde física e mental das mulheres trabalhadoras, que estão entre as vítimas mais frequentes deste tipo de assédio. Em alguns casos esta situação leva a pedidos de demissão. Entretanto, a dificuldade de comprovar o assédio moral impede o registro da denúncia. Por isso justificam-se as ações preventivas, como promover a conscientização e sensibilização dos dirigentes das empresas para implementação de ações que diminuam a frequência desses casos. A discriminação em relação à orientação sexual impede que muitos trabalhadores e trabalhadoras tenham acesso a um posto de trabalho e contribui para a demissão injustificada. Este tipo de discriminação impede o acesso de pessoas qualificadas a postos de decisão e maior visibilidade.

A idade é outro fator de discriminação. A legislação nacional proíbe este tipo de discriminação, que pode ser punida com o pagamento de multa administrativa equivalente a dez vezes o valor do maior salário pago pela empresa. Algumas medidas para impedi-la, com a colaboração dos meios de comunicação, especialmente os jornais impressos, foram adotadas, inclusive a assinatura de termos de compromisso para não se publicar anúncios de postos de trabalhos que tenham como exigência o limite de idade, por exemplo. Muitas trabalhadoras são discriminadas por causa de obesidade, com base em critérios que não têm qualquer motivação racional. Essa situação atinge principalmente as mulheres que procuram postos de trabalho de atendimento ao público. Outro tipo de discriminação relaciona-se à religião, o que retira dos(as) trabalhadores(as) um dos direitos fundamentais assegurados pela Constituição brasileira (BRASIL, 1988), qual seja, a liberdade de consciência e de credo.

A Constituição Federal (BRASIL, 1988) prevê, como direito dos trabalhadores urbanos e rurais, a proteção da mulher no mercado de trabalho, mediante incentivos específicos, nos termos da lei. A Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), norma infraconstitucional, prevê regras específicas de proteção à maternidade (Seção V, Título III, do Capítulo III), que foram, por isso, recepcionadas na Constituição Federal (BRASIL, 1988). São normas de ordem pública e, portanto, irrenunciáveis, entretanto, este direito não foi regulamentado. Cabe destacar, também, a proteção que deve ser dispensada à trabalhadora em

relação à função reprodutiva, proibindo-se, por exemplo, o manuseio de substâncias tóxicas, que possam dificultar ou impedir uma futura gestação (BRASIL, 2004c).

As negociações coletivas têm como objetivo estratégico a articulação do trabalho com outras políticas públicas contribuindo, assim, para o fortalecimento da cidadania. Os estudos das cláusulas das negociações coletivas sobre o trabalho da mulher, relações de gênero e raça poderão subsidiar de maneira eficaz as ações de fiscalização e combater a discriminação. Eles podem revelar aos órgãos competentes, e à sociedade, cláusulas de acordos e convenções coletivas que contenham abusos e/ou ilegalidades discriminatórias na inserção e permanência no mercado de trabalho.

DÉCADA	MATERIAIS QUE ABORDAM O CONCEITO DE GÊNERO E ANO DE PUBLICAÇÃO	CATEGORIAS/ IDENTIFICADAS	Subcategorias
1988	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Assistência integral a saúde da mulher, material instrucional, modulo I</b></li> </ul>	<b>Categoria Central:</b> Relações de gênero e as repercussões na saúde das mulheres d) <b>Subcategorias:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Divisão sexual do trabalho e feminização da pobreza</li> </ul>
2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Contribuição da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres para as Conferências Estaduais – Documento Base</b></li> </ul>		

**Quadro 8.** Materiais oficiais do Ministério da Saúde inseridos na subcategoria 2.4 - Divisão sexual do trabalho e feminização da pobreza.

A reflexão sobre as condições de trabalho da população feminina decorrentes das diferenças de gênero existente na sociedade, que discriminam as mulheres do campo e oferecem a estas os piores salários, favorecendo o processo conhecido como feminização da pobreza, e é uma questão amplamente discutida na **década de 1980** na publicação “*Assistência integral a saúde da mulher, material instrucional, módulo I*” (1988). O material discute as precárias condições de trabalho da população, dando ênfase ao trabalho feminino, conforme ilustra o trecho “a média do rendimento mensal da mulher em 1980 foi de Cr\$ 7.000,00, praticamente a metade do trabalhador do sexo masculino” (BRASIL, 1988a, p.31).

Tal situação se agravava ainda mais para as mulheres trabalhadoras da área rural, uma vez que as de área urbana ganhavam três vezes mais. Situações menos favoráveis ocorrem até mesmo para as mulheres que realizam apenas atividades no próprio lar:

[...] as mulheres, ao mesmo tempo, que se preocupam com as condições de saúde da criança, enfrentam as pressões familiares e sociais para o retorno à atividades sexuais e ao trabalho doméstico e/ou fora e [...] mesmo as que não trabalham fora de casa, têm no próprio trabalho doméstico, fonte permanente de stress, pois são as tarefas desgastantes fisicamente, às vezes enfadonhas, intermináveis e pouco valorizadas socialmente (BRASIL, 1988a, p.32).

Na **década de 2000** outra publicação intitulada “*Contribuição da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres para as Conferências Estaduais – Documento Base*” (2004), discute também a questão do trabalho doméstico feminino não remunerado, dando destaque para aquelas que se encontram em situação de pobreza e fora do mercado de trabalho, diminuindo as possibilidades de apropriação de riquezas:

Além dessas diferenças na apropriação da riqueza, devido ao sexo, as mulheres também sofreram junto com os homens a perda de seu poder aquisitivo: nos últimos quarenta anos o salário mínimo brasileiro perdeu metade do seu valor (BRASIL, 2004b, p.14).

A discriminação feminina fica ainda evidente cruzando os rendimentos auferidos por ambos os sexos, com a escolaridade. Os diferenciais de rendimento entre homens e mulheres diminuem muito pouco com a elevação da escolaridade. E esta pequena melhora é tudo o que a educação propicia, evidenciando que outros fatores permanecem operando para a manutenção dos diferenciais de renda entre os sexos. Esta é uma realidade de todos os países e mercados de trabalho, inerente à divisão sexual do trabalho que desvaloriza o trabalho realizado pelas mulheres. De forma interessante, as (os) analfabetas(os) são tratadas(os) com menor discriminação pelo capital; mulheres e homens recebem ambos, rendas baixas, o hiato se acentua, à medida em que avança a escolarização, demarcando de forma mais sutil a segregação por sexo. Conforme confirma o trecho abaixo:

A maior pobreza feminina está ligada á disparidade dos rendimentos entre os sexos, considerando as famílias indigentes, a média dos rendimentos dos chefes femininos é de R\$ 112,48, para R\$ 146,46 dos masculinos, tendo por base o salário mínimo correspondente R\$ 180,00, em setembro de 2001 (BRASIL, 2004b, p.19).

O referido material ressalta as desigualdades entre homens e mulheres no mercado de trabalho. As mulheres estão concentradas em atividades econômicas menos organizadas, com contratos informais (40% da ocupação feminina encontram-se nesse segmento do mercado de trabalho). As diferenças continuam, as mulheres têm menor presença sindical e estão mais expostas ao desemprego. O peso da execução de trabalho não remunerado, cuja participação é quase o dobro da masculina, reforça o caráter precário das ocupações das mulheres no mercado de trabalho.

Essa realidade justifica-se pela heterogeneidade que caracteriza os serviços uma vez que:

São tarefas que permitem arranjos diferenciados nas relações de trabalho compatíveis com a dupla jornada feminina. Os serviços englobam desde comerciárias e ambulantes, as tradicionais trabalhadoras domésticas, as professoras, as profissionais da saúde e da beleza. O mais importante

contingente é o das trabalhadoras domésticas, trabalho informal e precário, mas a primeira ocupação das brasileiras. São aproximadamente 20% do total das trabalhadoras do país, auferem a pior remuneração do mercado de trabalho, mais de 70% não têm carteira de trabalho assinada e quase 60% são negras (BRASIL, 2004b, p.17).

Ainda tratando-se da feminização da pobreza o material trás um olhar voltado para as mulheres chefes de família:

A elas coube parte substancial do elevado custo social do processo de reestruturação produtiva, sendo mais afetadas as famílias com chefes mulheres e filhos pequenos. Como a grande vulnerabilidade das famílias depende da etapa do ciclo familiar em que estas se encontram, as famílias com crianças ou idoso podem representar uma carga maior para os adultos. Assim, as maiores probabilidades de ser pobre no Brasil estão nos domicílios com chefes mulheres (BRASIL, 2004b, p.18).

Este quadro é agravado porque as mulheres têm maior dificuldade de conciliar trabalho fora de casa com a tarefa de cuidar dos filhos. Além disso, enfrentam discriminação no mercado de trabalho, auferindo menores rendimentos do que os homens. A situação é mais dramática para as mulheres negras que recebem remunerações sistematicamente inferiores às das mulheres brancas. Considerando o recorte de sexo, negras recebem 50% dos rendimentos auferidos pelas brancas.

Em síntese, as mulheres brasileiras, analfabetas no início do século XX, fizeram extraordinários avanços na sua escolaridade e no final do século têm um grau de instrução, na média superior ao dos homens. Cresceu sua participação no mercado de trabalho, embora ainda permaneçam diferenciais salariais, no entanto, estes diminuíram na década de 1990. É importante assinalar que este diferencial de salário que ainda persiste é uma das explicações significativas da desigualdade de renda do país. A diferença em favor dos homens é muito grande – estes recebem 40% a mais que as mulheres. Esta diferença discriminativa não é devido ao pior desempenho das mulheres na produção. Por último, este hiato é maior nos domicílios chefiados por mulheres. A proporção de mulheres chefes de família tem crescido no Brasil e isso provavelmente tem um impacto enorme no aumento da pobreza e da exclusão social (BRASIL, 2004b).

Embora desde as primeiras lutas do movimento feminista se tenha combatido essa divisão em nome da igualdade de gênero e do direito das mulheres de atuar também no público – e na esperança de os homens dividirem o serviço doméstico –, a necessidade crescente de todos trabalharem tem levado muitas mulheres ao mercado de trabalho em condições degradadas e momentos inapropriados: frequentemente, a mulher não encontra um substituto adequado para cuidar dos filhos. Advém daí as queixas femininas da “dupla

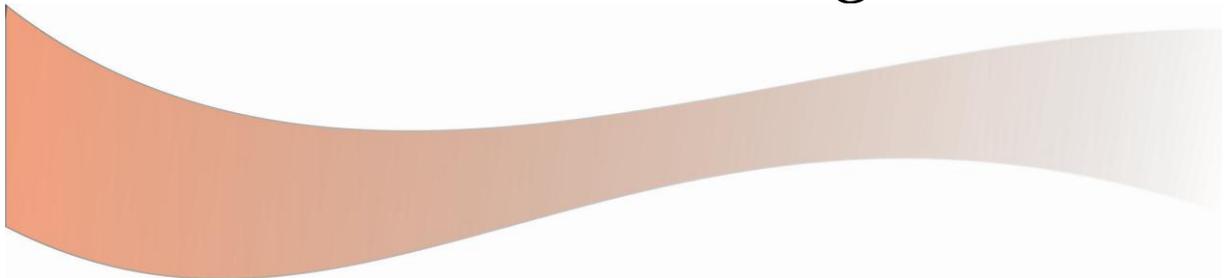
jornada” e da sobrecarga que acompanha essa nova “igualdade” na esfera do trabalho remunerado (GIFFIN, 2002).

O fato de a feminilização da força de trabalho e a migração acompanharem o crescimento da pobreza e da desigualdade nos últimos anos indica que essa “estratégia de sobrevivência” familiar está esgotada; não permite uma saída para melhores condições de vida. Em geral, a diminuição da diferença de renda entre homens e mulheres explica-se pelo decréscimo dos ganhos masculinos. Concluí-se, portanto, que a reorganização da divisão de trabalho representa para as mulheres a conquista de melhorias na qualidade de vida. Uma abordagem de gênero relacional exige que consideremos também o lado masculino da questão. Nesse caso, as mudanças significam um desmonte do tradicional papel masculino de provedor, para o qual a maioria dos homens (e das mulheres) foi preparada (GIFFIN; CAVALCANTI, 1999).

A dificuldade para exprimir essa nova situação pode levar os homens a reagir com violência; o desemprego, o subemprego e os ganhos masculinos diminuídos também são possíveis fontes de conflito entre homens e mulheres. Essas dificuldades e insatisfações podem desgastar as relações conjugais e – junto da recusa feminina do sexo como “dever conjugal” – virar fonte de violência (DANTAS-BERGER, 2003).

Faz-se necessário, portanto, que na elaboração de políticas públicas de saúde seja incorporado o debate sobre o gênero, a importância das identidades de gênero para a saúde de homens e de mulheres, incorporação do gênero enquanto conceito e categoria de análise, para uma melhor compreensão das condições de saúde de homens e mulheres, em busca de igualdade de oportunidades, de direitos humanos e de saúde.

***Considerações Finais: Apresentando a  
síntese da revisão integrativa***



Neste estudo, realizou-se uma revisão integrativa dos conceitos de gênero nas políticas de atenção a saúde da mulher, publicadas pelo Ministério da Saúde, no período de 1980 a 2000, tendo como referência as seguintes questões: Quais as abordagens de gênero enquanto conceito exposto nas políticas que direcionam a atenção à saúde da mulher no cenário brasileiro? Quais as contribuições dessas publicações oficiais em seus constructos teóricos sobre gênero? Tais questionamentos foram a base para a consolidação e alcance dos objetivos propostos, os quais foram precisamente contemplados.

Compuseram a amostra 93 publicações oficiais e, para identificá-los, foi utilizado uma busca na base de dados do Ministério da Saúde. No entanto, foi na busca destes materiais que se faz necessário ressaltar as limitações, uma vez que esta amostra não é exaustiva, visto que não contempla as publicações em sua totalidade pela dificuldade de acesso e da carência de conhecimento acerca de todos os títulos existentes.

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento previamente elaborado pela pesquisadora, o qual permitiu a obtenção de informações sobre a identificação da abordagem do conceito de gênero nos materiais oficiais, assim como sua contribuição para as políticas de atenção à saúde da mulher.

A análise dos dados foi segregada em duas etapas distintas para uma melhor exploração e compreensão dos resultados obtidos. No primeiro momento realizou uma análise quantitativa, com a finalidade de identificar o quantitativo de materiais por década e o quantitativo de materiais que abordam e que não abordam o conceito de gênero em seus constructos teóricos. No segundo momento realizou-se análise qualitativa, emergindo duas categorias empíricas e suas subcategorias. A discussão destas dar-se-á por ordem cronológica, abordando as décadas para que seja possível compreender a inserção do conceito de gênero e seu desenvolvimento ao longo dos anos nas políticas públicas que são direcionadas às mulheres.

Os resultados apontaram do total de 93 títulos oficiais, 16 (17,2%) foram publicados na década de 1980, 18 (19,35%) na década de 1990 e 59 (63,45%) na década de 2000. A distribuição dos materiais nas três décadas, segundo abordagem do conceito de gênero, foram, respectivamente, 09 (representando 9,67% do total da amostra) na década de 1980, 12 (12,90%) na década de 1990, e 41 (44,08%) na década de 2000, totalizando 66,65% da amostra total. Observa-se, a partir destes resultados, uma tendência ascendente quanto à abordagem do conceito de gênero nas publicações oficiais voltadas à saúde da mulher, nas últimas três décadas.

Os resultados da análise qualitativa apontam que o conceito de gênero foi construído ao

longo dos anos permeado por diversas temáticas que, para melhor compreensão, foram catalogadas em duas *categorias centrais* que representam os principais enfoques das políticas públicas elaboradas pelo Ministério da Saúde e direcionados à saúde da mulher: a primeira Categoria Central denomina-se *Padrões culturais dominantes e a evolução do conceito de gênero*, e para a discussão desta categoria compreendeu-se que as concepções e os conceitos, construídos na sociedade, não são algo neutro, uma abstração distante da realidade, mas são frutos de processos sociais e expressam as atitudes do cotidiano e da ação política dos atores da nossa sociedade. Dentro desta categoria central emergiram quatro subcategorias: A primeira intitulada *Construção biológica das diferenças entre os sexos (a diferença sexual)*, composta por quatro materiais, todos da década de 1980, os quais expressam que naquele período ainda não havia uma abordagem explícita do conceito de gênero; no entanto, neste momento ocorreu a entrada da questão de gênero nas políticas de saúde, marcado por um período de importantes discussões nos materiais oficiais sobre as diferenças sexuais construídas pela sociedade ao longo dos anos, além da inclusão na agenda governamental, o que fez com que o conceito de gênero fizesse parte do processo de democratização, o que significou a inclusão de novos atores no cenário político e, ao mesmo tempo, a incorporação de novas temáticas pela agenda pública.

Essa década destaca-se como um importante momento impulsionado pela ênfase em torno da luta pela democratização do regime e de reivindicações ligadas ao acesso a serviços públicos e à melhoria da qualidade de vida, caracterizada pela reivindicação da ampliação do leque de atores envolvidos nas decisões, através dos movimentos sociais.

A segunda subcategoria intitulada de *construção social das diferenças entre os sexos – Conceção relacional de gênero* composta por seis materiais, os quais se situam na década de 1990 e 2000 e, à época, os estudos sobre gênero surgiram para mostrar que as diferenças entre os sexos não poderiam ser usadas como argumentos para a produção de desigualdades, de direitos e deveres distintos, discriminação e subordinação. Nessa definição de gênero, abordada nos materiais analisados, os papéis sociais de homens e mulheres são uma construção histórica, política, cultural e um componente estrutural das relações sociais e econômicas e almeja, coerentemente, o rompimento da visão corrente, que rebaixa, desqualifica e discrimina a mulher e seu papel na nossa sociedade, sendo a identidade sexual algo construído, que transcende o biológico. Dessa forma, o conceito de gênero implica em uma relação com outro indivíduo ou com outros indivíduos, em uma sociedade. O enfoque biologicista, elaborado para chamar atenção de que as diferenças biológicas determinavam

papéis distintos entre homens e mulheres, deixa de ser uma categoria de análise, pois, dessa forma, reforçava a importância dos caracteres biológicos, em detrimento das construções sociais das identidades de gênero.

A terceira subcategoria *Concepção intragênero e a interseccionalidade com raça, etnia, orientação sexual, geração e renda* composta por 11 materiais e em sua totalidade, encontram-se na década de 2000; nota-se, portanto, que a partir desta década, a elaboração de políticas públicas contempla a necessidade da intersecção do gênero com outras categorias analíticas como raça/etnia, orientação sexual, geração e renda para explicar as diferenças e desigualdades entre homens e homens, mulheres e mulheres e entre homens e mulheres e suas repercussões na vida e na saúde. Dando-se destaque nas abordagens desses materiais para as discussões que englobam tantas outras formas de discriminação, como as que ocorrem com as mulheres lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (travestis e transexuais), as mulheres com deficiência, as idosas, as crianças, adolescentes e jovens, situando a real situação de cada grupo, além de propor diretrizes e metas que inserem a abordagem de gênero em vários campos da sociedade, a fim de promover melhorias nas políticas que reflitam na assistência aos cuidados dessa parcela da população que se encontra mais vulnerável, por sua situação de gênero e intergênero.

A quarta e última subcategoria desta categoria central enfoca o *Gênero e Masculinidade* composta por seis materiais, da década de 1980 e, sua maioria, na década de 2000, visto que já há alguns anos, a masculinidade vem surgindo como uma categoria de discussão, e nos estudos dessa temática essa categoria é tratada como uma construção social e definida como uma configuração de prática em torno da posição dos homens na estrutura das relações de gênero. A cultura vem, ao longo dos anos, afirmando a masculinidade como um espaço simbólico de sentido estruturante, que modela atitudes, comportamentos e emoções a serem praticadas. Aqueles que seguem tais modelos não só são afirmados como homens, como também não são questionados pelos outros que compartilham desses símbolos. Ela é construída e se reproduz nas relações sociais histórica e culturalmente datadas; se constrói na divisão social do trabalho, na socialização da família, da escola, no cotidiano, em pequenas ações, fato abordado de forma mais incipiente nos materiais da década de 1980 e mais explícita na década de 2000.

A segunda Categoria Central denomina-se *relações de gênero e as repercussões na saúde das mulheres* e, para a discussão dessa categoria, compreendeu-se que a diferenciação construída socialmente dos papéis femininos e masculinos traz consequências para a vida de homens e de mulheres e se reflete, inclusive, na intimidade das relações sexuais, nos cuidados

com a saúde física e mental. Dentro desta categoria central emergiram quatro subcategorias: A primeira intitulada *Violência de gênero* composta por sete materiais, em sua totalidade na década de 2000. Estes materiais expressam que a construção social das relações de gênero tem se dado de forma a determinar a existência e a reprodução dos papéis masculino e feminino. Estes papéis têm atribuído a mulheres e homens posições sociais excludentes e hierarquizadas e, por consequência, violentas. Ainda que as mulheres tenham conquistado avanços significativos no campo dos direitos, persistem como uma categoria social, alvo de violências por parte das pessoas que lhes são mais próximas – maridos e ex-maridos, companheiros e ex-companheiros, pais e padrastos.

Tais materiais atentam, ainda, que para prevenir e lutar contra estas repercussões da violência na sociedade, que se reflete de forma mais acentuada sobre grupos populacionais mais vulneráveis, decorrente das construções estabelecidas no campo social, se faz necessária a formulação de políticas públicas para o enfrentamento à violência de gênero nos diferentes campos – jurídico, social, de saúde, de segurança, entre outros. O reconhecimento do problema da violência como um problema de todos e, portanto, do Estado, de um lado desafia antigos conceitos e mitos que delegavam ao homem poder e à mulher exigiam submissão, nos marcos da família e, de outro, trazem a público as consequências e perdas sociais causadas pela violência. Provocar a desnaturalização da violência exige a construção de novos paradigmas para as relações entre homens e mulheres, o reconhecimento de conflitos e tensões originados na imposição social dos papéis de gênero.

A segunda subcategoria *Saúde sexual e reprodutiva – responsabilização feminina* composta por cinco materiais das décadas de 1980, 1990 e 2000. Ao longo da análise do materiais torna-se claro que no Brasil, a saúde da mulher, nas primeiras décadas do século XX, limitava-se às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas direcionados às mulheres, por muitos anos, traduziam uma visão restrita, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação, pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares e essa visão de programas que não ultrapassavam o foco da atenção à reprodução como uma questão exclusivamente feminina, justificou durante anos e até os dias atuais, a sobrecarga da mulher com relação à responsabilização pela concepção e contracepção.

Os direitos reprodutivos como direitos sociais que envolvem o acesso à informação e aos serviços especializados, para que homens e mulheres possam planejar sua vida sexual e reprodutiva, ficaram praticamente reduzidos a formulações teóricas. A ausência de práticas de

educação sexual e reprodutiva voltadas aos adolescentes e jovens, traduzem-se em altos índices de gravidez na adolescência, com a elevação do risco de morte em meninas gestantes.

Nota-se, ainda, que em nossa sociedade, as construções sociais do papel feminino instituíram durante muito tempo a função de ser mãe como o eixo da vida de uma mulher. A sua sexualidade era associada à reprodução e desenvolver suas capacidades e ter prazer tornou-se algo secundário. Com a descoberta dos métodos contraceptivos como meio de evitar filhos, a mulher passa a poder decidir sobre o seu próprio corpo e sua sexualidade, tendo formas de pensar, planejar, sentir e viver o ato de ter filhos.

Destacam-se os materiais desta subcategoria na década de 2000 pela discussão sobre a sexualidade, que passa a incluir, com maior participação, os adolescentes e jovens masculinos nas políticas voltadas para a saúde sexual e saúde reprodutiva, ressaltando a necessidade de discutir a responsabilidade que cabe aos homens na função parental e no comportamento em matéria de sexualidade e reprodução, e encorajá-los a assumir ativamente essa responsabilidade.

Na terceira subcategoria *Adoecimento e morte* encontram-se três materiais das décadas 1980, 1990 e 2000, que permitiram a análise dos processos de adoecimento e morte que ocorrem na vida da população, decorrente das diferenças de gênero e, neste sentido, alguns indicadores atuais indicam transformações importantes no perfil da população brasileira, enquanto outros mostram a persistência de desigualdades estruturais ou mesmo o seu aprofundamento. Surgem as mudanças de hábitos, aliadas ao estresse do estilo de vida no mundo moderno, como principais fatores para que as doenças crônico-degenerativas estejam entre as principais causas de morte na população feminina. Nota-se, nestes materiais, que os problemas de saúde atingem a população de maneira diferenciada. Alguns são mais prevalentes em determinados grupos raciais e étnicos.

Traz ainda importante destaque para o aborto como a causa de morte que situa o Brasil na quarta posição dentre as causas de morte materna e, na grande maioria das vezes, é realizado em condições de risco e, com frequência, é acompanhado de complicações severas. A saúde reprodutiva, ao lado da área de violência, foi a que registrou mais avanços nas políticas públicas voltadas para mulheres. Levando em consideração que as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam num forte impacto nas condições de saúde destas últimas, as questões de gênero devem ser consideradas como um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas. Deve-se, neste sentido, priorizar todas as medidas necessárias para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos a fim de assegurar, em

condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, incluindo sua saúde sexual, reprodutiva, saúde mental, saúde laboral, enfim, toda a sua integralidade.

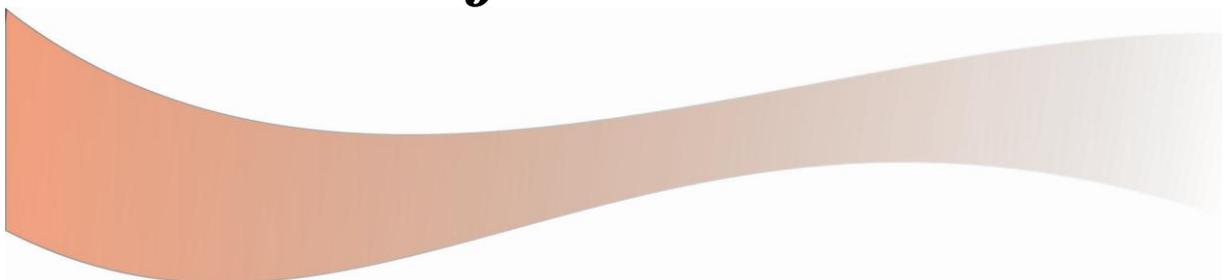
A quarta e última subcategoria desta categoria central foi a *divisão sexual do trabalho e feminização da pobreza* constituída de dois materiais das décadas de 1980 e 2000, mostrando que a reflexão sobre as condições de trabalho da população feminina, decorrentes das diferenças de gênero existente na sociedade, que discriminam as mulheres do campo e oferecem a estas os piores salários, favorecendo o processo conhecido como feminização da pobreza, já era debatido desde da década de 1980. Já na década de 2000 é notório o extraordinário avanço na escolaridade das mulheres, apresentando o grau de instrução superior ao dos homens; ainda, o maior número de mulheres chefiando os lares, bem como sua participação no mercado de trabalho, embora ainda permaneçam diferenciais salariais. Com esse quadro crescente, faz-se necessário que na elaboração de políticas públicas de saúde seja incorporado o debate sobre o gênero, a importância das identidades de gênero para a saúde de homens e de mulheres, incorporação do gênero enquanto conceito e categoria de análise, para uma melhor compreensão das condições de saúde de homens e mulheres, em busca de igualdade de oportunidades, de direitos humanos e de saúde.

O crescente crescimento da participação das mulheres nas relações sociais que envolvem tanto a esfera privada como pública, conduz as políticas a um novo olhar sobre as mulheres e os homens, articulado com a categoria de gênero; visto que, a partir do momento em que os/as agentes públicos não têm clareza em relação a tais pressupostos, voltam-se para tratar, por exemplo, a violência e as condições de saúde centradas na mulher, exclusivamente, e não na natureza das relações e nos padrões de comportamento entre os sexos, o que acaba reduzindo as possibilidades de sua resolução.

O presente estudo possibilitou uma aquisição maior de conhecimentos acerca da importância da inserção do conceito de gênero em políticas públicas de atenção à saúde da mulher. Percebeu-se que os órgãos governamentais que publicam e fornecem materiais no campo da saúde da mulher vão aos poucos incorporando as relações de gênero em suas produções literais, auxiliando assim a compreensão das relações entre mulheres e homens e suas articulações com as questões de saúde. Neste sentido, espera-se que a transversalidade do conceito de gênero favoreça a ampliação de ações que fortaleçam o “empowerment” das mulheres para o enfrentamento das questões relacionadas à construção histórica de sua submissão, entre as quais as questões da saúde. Desse modo, embora os resultados tenham sido

obtidos com êxito, este trabalho pretende estimular, subsidiar e oferecer elementos de estratégia para novos estudos que apontem tendências e possibilidades para a transversalidade de gênero nas políticas públicas no Brasil, considerando o fato de que é um processo novo e transformador, que exigirá esforços governamentais e o envolvimento de outros organismos e da sociedade como um todo.

## *Referências*



AINES-SCHUTT, J.; MADDALENO, M. **Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes en las Américas: implicaciones en programas y políticas.** [S.l.]: Opas, 2003.

ALVARENGA, C. V. **Relações de gênero e trabalho docente: jornadas e ritmos no cotidiano de professoras e professores.** São Paulo, 2008. Dissertação (Doutorado em Educação, área de sociologia da Educação) – Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, São Paulo.

AMORIM, C. M. **Programa de atenção integral à saúde da mulher – PAISM: entre as diretrizes nacionais e a realidade em Imperatriz.**

ANJOS, G. Identidade sexual e identidade de gênero: subversões e permanências. **Sociologias**, v. 4, p.274-305, 2000.

AQUINO, E. M. L.; ARAÚJO, T. V. B.; MARINHO, L. F. B. Padrões e Tendências em Saúde Reprodutiva no Brasil: bases para uma análise epidemiológica. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (org.). **Questões da Saúde Reprodutiva.** Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1999. p. 187-204.

ARANA, M. J. *Mujeres en la Historia.* [on line]. **Mujeres em red**; 2005. Disponível em: <[www.nodo50.org/mujeresred/historia-mj\\_arana.html](http://www.nodo50.org/mujeresred/historia-mj_arana.html)>, 2005.

ARAÚJO, A. J. S et. al. Incidência de violência contra mulher no bairro João de Deus no município de Petrolina. In: Gomes N. P.; Ramos, P. R.(org.) **Saúde e Enfermagem: a pesquisa como valor na formação profissional.** Rio de Janeiro, BOOKLINK, Petrolina: Univasf, 2008. p.98 – 111.

AUAD, D. **Relações de gênero nas práticas escolares: da escola mista ao ideal de co-educação.** São Paulo, 2004. Tese (Doutorado em Educação, área de sociologia da Educação) – Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, São Paulo.

AUAD, D. **Educar meninas e meninos: relações de gênero na escola.** São Paulo: Contexto, 2006.

BALLARIN P.; BIERREL M.; MARTINEZ C.; ORTIZ, T. Las mujeres en La historia de Europa. In: **Mujeres en Europa: Convergencias y diversidades** [on-line]. Universidad de Granada; 1998.

BANDEIRA, L. **Brasil:** Fortalecimento da secretaria especial de políticas para as mulheres para avançar na transversalização da perspectiva de gênero nas políticas públicas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL .Proyecto gobernabilidad democrática e igualdad de género en América Latina y el Caribe Reunión de Expertos “Políticas y programas de superación de la pobreza desde La perspectiva de la gobernabilidad democrática y el género”. Quito, Ecuador; 2004.

BANDEIRA, L. Avançar na transversalidade em gênero nas políticas públicas. Brasília: CEPAL/SPM, 2005 in: CURADO, Jacy; AUAD, Daniela (org.). **Gênero e políticas públicas:** A construção de uma experiência de formação. Campo Grande: UCDB, 2008.

BARDIN, Laurence. **Análise do conteúdo.** Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

BARSTED, L. L., HERMAN, J. **As mulheres e os direitos civis.** Traduzindo a legislação com a perspectiva de gênero. Rio de Janeiro: CEPTA, 1999.

BEYA, S.C.; NICOLL, L.H. Writing na integrative review. **AORN J.**, v.67, n.4, p.877-80, apr.1998.

BESSIS S. **Cien anos de feminismo** [online]. UNESCO: United Nations Educational Scientific and cultural organization; 2000. Available from: <[http://www.unesco.org/courier/2000\\_06/sp/doss11.htm](http://www.unesco.org/courier/2000_06/sp/doss11.htm)>.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina.** Educação e realidade, Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher:** Bases de ação programática. Brasília, 1984. 27p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Normas e Manuais Técnicos. Serie A, 38. **Manual do coordenador de grupos de planejamento familiar.** Ministério da Saúde: Brasília, 1987. 24p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência Integral à saúde da mulher** – material instrucional – Módulo I, 1988a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência Integral à saúde da mulher** – material instrucional – Módulo II, 1988b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência Integral à saúde da mulher** - material instrucional – módulo III, 1988c.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Acompanhando a saúde da mulher, Parte II, Planejamento familiar controle do câncer, DST/AIDS**, Climatério, 1995.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Parto, aborto, Puerpério: Assistência Humanizada a mulher**. Ministério da Saúde: Brasília, 2001a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Direitos humanos e violência intrafamiliar: informações e orientações para Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília; Brasil. Ministério da Saúde; 2001b. 40 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência Intrafamiliar: Orientações para a prática em serviços**. Série Cadernos de Atenção Básica; n. 8 – Secretaria de Políticas de Saúde - Serie A. Normas e Manuais Técnicos: n. 131. Ministério da Saúde: Brasília, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diálogos sobre violência doméstica e de gênero** - construindo políticas públicas, p.10, 2003.

BRASIL, Ministério Da Saúde. **Anais da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres**, 2004a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Contribuição da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres para as Conferências Estaduais**. Documento Base. - I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres – Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004b. 60p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, DF: Presidência da República, 2004c. 104p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher: Princípios e diretrizes**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF: Ministério da Saúde: 2004d.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Perspectiva da Equidade no pacto Nacional pela redução da mortalidade Materna e Neonatal** – Atenção à Saúde das Mulheres Negras – Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde: 2005a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes** – NORMA TÉCNICA, 2005b.

BRASIL. Lei Maria da Penha – Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. **Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher**. Presidência da República. Senado Federal. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. Brasília, DF: 2006a. 36p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção Integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual** – Matriz pedagógica para formação de redes. 2006b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Marco teórico e referencial Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e de Jovens**. 2006c.

BRASIL, Ministério da Saúde. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres**. Brasília, DF: Presidência da República, 2006d. 260p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Enfrentamento à violência contra a Mulher**, 2007a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher** – Princípios e Diretrizes - Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 2007b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Presidência da república. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. **Plano Nacional de políticas para as Mulheres (versão compacta)**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2007c. 41p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório de gestão 2003 à 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: 2007d.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Comunicação e mídia: para profissionais de saúde que atuam nos serviços de atenção para mulheres e adolescentes em situação de violência e sexual**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde, 2007e.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Violência contra a mulher adolescente-jovem**, 2007f.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde departamento de ações programáticas estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Princípios e diretrizes. Brasília-DF: Presidência da República, 2008b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. **II Plano Nacional de políticas para as Mulheres**. Brasília-DF: Presidência da República, 2008a. 204p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Assédio: violência e sofrimento no ambiente de trabalho**: assédio moral / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 36 p. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

BROOME, M. E. Integrative Literature Reviews for the Development of Concepts. In: RODGERS, B. L.; KNAFL, K. A. **Concept Development in nursing**: foundations, techniques and applications. Chapter 13. 2 ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 2000.

CASTILHOS, C. O sistema único de saúde: filosofia, história e visão panorâmica da atualidade. In: **Rede Feminista de Saúde**: A presença da mulher no controle social das políticas de saúde. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2003. 212 p.

CONNEL, R. W. Políticas da Masculinidade. Educação e realidade, 20(2), PP.185-206. In: FIALHO, M. F. **Uma crítica ao conceito de masculinidade hegemônica**. Instituto de Ciências Sociais – Universidade de Lisboa, 2006.

CORDENADORIA DO IDOSO. Prefeitura da Cidade de São Paulo. **Gênero e envelhecimento**. Disponível em: <[http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/participacao\\_parceria/coordenadorias/idosos/artigo/0011](http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/participacao_parceria/coordenadorias/idosos/artigo/0011)>. Acesso em 20 de agosto de 2010.

COSTA A. A. A. **O movimento feminista no Brasil**: Dinâmicas de uma intervenção política. labrys-estudos feministas [online], 2005. Disponível em: <<http://www.unb.br/in/his/gefem/labrys7/liberdade/anaalice.htm> >.

COSTA, A. M.; AQUINO, E. L. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. In: COSTA, A. M.; MERCHAN-HAMANN, E.; TAJER, D. **Saúde, equidade e gênero**: Um desafio para as políticas públicas. Brasília: UNB, 2000. P.181-202.

COSTA, A. M. Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher. In: Rede Feminista de Saúde. **A presença da mulher no controle social das políticas de saúde**. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2003, 212p.

CURADO, J. C. A perspectiva de gênero nas políticas públicas de Mato Grosso do Sul In: **COORDENADORIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA MULHER DE MATO GROSSO DO SUL** [Revista Institucional]. Campo Grande, 2002, p.12-13.

DABAT, C. R.; ÁVILA, M. B., **Gênero: uma categoria útil para análise histórica**. Disponível em: <[http://www.dhnet.org.br/direitos/textos/generodh/gen\\_categoria.html](http://www.dhnet.org.br/direitos/textos/generodh/gen_categoria.html)> Acesso em: 07-06-2010.

DANTAS-BERGER, S. M. **Violência sexual contra mulheres: entre a (in)visibilidade e a banalização**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, 2003.

DIAS, A.B. e AQUINO, E.M.L. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n.7, p.1147-1458, 2006.

DUARTE, C. L. Feminismo e literatura no Brasil. **Estud. Av.**, v.17 n.49, p.151-172, 2003.

FARAH, M. F. S. **Incorporação da questão de gênero pelas políticas públicas na esfera local de governo**. 1998. [Dissertação de Mestrado], FGV, São Paulo.

FARAH, M. F. S. Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas no nível local de governo. **RAP – Revista de Administração Pública**, v. 35, n. 1, p. 119-145, jan./fev. 2001.

FARAH, M. F. S. **Gênero e Políticas Públicas: Iniciativas de governos subnacionais no Brasil**. Trabalho preparado para a URBIS – Feira e Congresso Internacional de Cidades. Seminário Nacional de Coordenadorias da Mulher no Nível Municipal: o Governo da Cidade do ponto de vista das Mulheres – Trabalho e Cidadania Ativa. Mesa 1 – Estado e políticas públicas: a construção da igualdade. São Paulo, Anhembi, 22 e 23 de julho de 2003.

FARAH, M. F. S. Gênero e políticas públicas. **Estudos Feministas**, v. 12, n.1. Florianópolis, p. 360, janeiro-abril/2004.

FERREIRA, V. “A globalização das Políticas de Igualdade entre os sexos: do reformismo social ao reformismo estatal”. In: Tavares, T.; Ferreira, V. (orgs.) **Políticas de Igualdade. Revista da Associação Portuguesa de Estudo sobre as Mulheres: EX AEQUO**, n. 2/3. APEM. CELTA. Oeiras, Portugal, 2000.

FREIRE G., **Casa Grande e Senzala**. São Paulo: Global; 2003.

GANONG, L. H. Integrative Reviews of Nursing Research. **Research in Nursing & Health**, v.10, p.1-11, fev 1987.

GARGALLO F. **Ideas Feministas Latinoamericanas**. México: Universidad Autonoma de La ciudad de México; 2006.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: n. 18, v.10, p. 103-112, 2002.

GIFFIN, K.; CAVALCANTI, C. Homens e reprodução. **Estudos Feministas**, n. 7 v.1/ 2, p. 53-71, 1999.

GIFFIN K., COSTA H. (org.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.

GIORDANI A. T. **Violências contra a mulher**. São Paulo: YENDIS, 2006.

GOUVEIA, T.; CAMURÇA, S. **O que é gênero: um novo desafio para a ação das mulheres trabalhadoras e as rurais**. Recife: S.O.S. Corpo: gênero e cidadania, 1999.

HARDY, E. Y.; COSTA, G. **Abortion experience among female employees of a brazilian university**: informe final al Population Council. Campinas: CEMICAMP, [19- -].

HEILBORN, M. L. et al. **Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência**. Horiz. antropol., Porto Alegre, v. 8, n. 17, 2002.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Síntese de Indicadores 2003**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2004.

IBGE. **Projeção da População do Brasil por sexo e idade: 1980-2050 - Revisão 2008**. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/2008/default.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/default.shtm)>. Acessado em 15/10/2010.

INFOPÉDIA. **Gênero (sociologia)**. Porto: Porto Editora, 2003-2010. [Consult. 2010-10-18]. Disponível: <[www:url: http://www.infopedia.pt/\\$genero-\(sociologia\)](http://www.infopedia.pt/$genero-(sociologia))>.

JESUS, M. C. P; PEIXOTO, M. R. B. , CUNHA, M. H. F. O paradigma hermenêutico como fundamentação das pesquisas etnográficas e fenomenológicas. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.6 n.2,p. 29-35, 1998.

LANGER, A. e ESPINOZA, H. Embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad em América Latina y el Caribe In: **Reunión Nuevos desafíos de la responsabilidad política**. Buenos Aires, 2001.

LORENZI, D. R. S.; CATAN, L. B.; MOREIRA, K.; ÁRTICO, G. R. Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas. **Rev Bras Enferm**, v.62, n.2, p. 287-293, 2009.

LOURO, G. L. Nas redes do conceito de gênero. In: LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. (Org.). **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996, p.7-18.

MAUAD, N. M. Maturidade e Sabedoria: a mulher na menopausa. In: BRANDÃO, E. R. (Org.). **Saúde, direitos reprodutivos e cidadania**. Juiz de Fora: EDUFJF, 2000.p.79-93.

MEYER, D. E. Do poder ao gênero: uma articulação teórico-analítica. In: LOPES, MJM; MEYER E; WALDOW, VR (Org.). **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. Cap. 4.155p.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto Enferm**, v.17, n.4, p.758-764, 2008.

NASCIMENTO, E. R. N. **Gênero e Enfermagem**. Salvador: EDUFBa, 1996. 100p.

NASCIMENTO, M. R. **Feminização do envelhecimento populacional: expectativas e realidades de mulheres idosas quanto ao suporte familiar**. Capítulo da dissertação de mestrado: Gênero e Envelhecimento em Belo Horizonte. Departamento de Demografia-Cedeplar – Faculdade de Ciências Econômicas – UFMG 199\_).

NICHOLSON, Linda. **Interpretando o gênero**. Tradução Luiz Felipe Guimarães Soares. Revista Estudos Feministas, 8 (2), 2000.

NOGUEIRA, M. F. **Produção científica em bioética no campo da enfermagem: Revisão integrativa da literatura**. Dissertação de Mestrado. João Pessoa: PPGEnf/UFPB, 2009.

OLIVEIRA, P. P. **A construção social da masculinidade**. Belo Horizonte: Editora UFMG/Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro; (tese) 2004. 347 pp.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Las condiciones de a salud en las américas**. Washington, DC: OPS, publicación científica, n.223, p.280, 1994.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA (Unesco). **Juventude e sexualidade**. Brasília, 2003.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 14 (Supl.1): 25-32, 1998.

PANTOJA, A. L. N. “Ser alguém na vida”: uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.19 supl.2 Rio de Janeiro, 2003.

PERSEU ABRAMO, Fundação. **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. Como vivem e o que pensam os brasileiros no início do século XXI – Síntese dos resultados. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, outubro 2001.

PINTO, C. R. J. Uma história do feminismo no Brasil. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.12, n.2, p.237-253, 2004.

POLIT, D. F; BECK, C. T. Using research in evidence-based nursing practice. In: Polit DF, Beck CT, editors. *Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization*. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.457-94

POLIT, D. F; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RAGO, M. **Os feminismos no Brasil**: “dos anos de chumbo” à era global. *Labrys- Estudos feministas*. 2003; 03: [online]. Disponível em: <<http://unb.br/ih/his/gefem/labrys3/web/bras/marga1.htm>>.

REDE NACIONAL FIMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. **Marcos da saúde das mulheres, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos**. Ferramenta para a ação política das mulheres. Porto Alegre, dez. 2008.

RONCALLI, A. G., **O desenvolvimento das Políticas Públicas de Saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde**. Capítulo do livro *Saúde Bucal Coletiva* organizado por Antonio Carlos Pereira e publicado pela Editora da MEDSI (2002) – no prelo.

RUFINO, A. Violência e Turismo Sexual. In: **Mulher Negra: Preconceito, Sexualidade e Imaginário**. Produzido na Editora Massangana da Fundação Joaquim Nabuco, e impresso na CEPE- Companhia Editora de Pernambuco em Agosto de 1999, p.144-145.

SAFIOTTI, H. I. B. Rearticulando gênero e classe social. In: Costa, A. O.; BRUSCHINI, C. **Questão de Gênero**. Rio de Janeiro: Rosas dos tempos. 1992.

SAFFIOTI, H. I. B. Violência de gênero no Brasil contemporâneo. In: SAFFIOTI, H. I. B.; MUÑOZ-VARGAS, M. (Orgs.). **Mulher brasileira é assim**. Rio de Janeiro/Brasília: Rosa dos Tempos – NIPAS/UNICEF, 1994, p.151-187.

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Rev. bras. Fisioter.**, São Carlos, v.11. n. 1, p.83-89, jan/Fe. 2007.

SCOTT J. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. Educação e realidade. Porto Alegre, v.2, n.20, p.71-99, jul/dez, 1995.

SCOTT J. Entrevista com Joan Wallach Scott. Entrevista a Miriam Grossi, Maria Luiza Heilborn e Carmem Rial. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.6, n.1, p.114-124, 1998.

SHALLAT, L.; PAREDES, U. **Conceitos de Gênero no Planejamento do Desenvolvimento: Uma abordagem básica**. Canadá, 1995.

SILVA, S. V. **Os estudos de gênero no Brasil: algumas considerações**. Biblio 3W. Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales. Universidad de Barcelona, nº 262, 15 de noviembre de 2000.

SILVA, Y. F. **Cultura e gênero nas ações e cuidados de enfermagem**. 1996.

SILVEIRA, C.S.; ZAGO, M. M. F. Pesquisa brasileira em enfermagem oncológica: uma revisão integrativa. **Rev LatinoamEnferm**; v. 14n. 4, p.614- 619, 2006.

SOUZAS, R. **Relações raça e gênero em jogo: a questão reprodutiva de mulheres negras e brancas**. Tese. Faculdade de Saúde pública. São Paulo. 2004.

STROMQUIST, N. P. Políticas públicas de Estado e equidade de gênero: perspectivas comparativas. **Revista brasileira de Educação**, n. 1,1996.

TAQUETTE, S. R.; VILHENA, M. M.; PAULA DE M. C. Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v.20 n.1 Rio de Janeiro, jan./fev. 2004.

TARTUCE, G. L. B. P. **O que há de novo no debate da “qualificação do trabalho”?** Reflexões sobre o conceito com base nas obras de Georges Friedmann e Pierre Naville. Dissertação de Mestrado. São Paulo: FFLCH/USP, 2002.

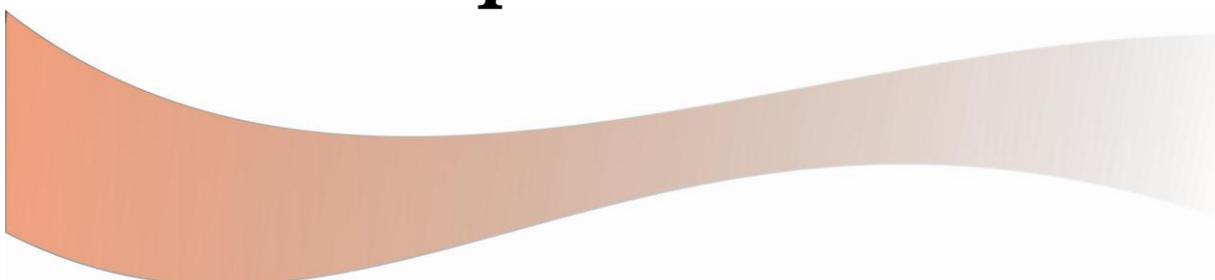
VIANA O. Ensaio Inédito. Campinas: Editora da Unicamp; 1991. In: SOUZAS, R.. **Relações raça e gênero em jogo:** a questão reprodutiva de mulheres negras e brancas. Tese. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo. 2004.

VIGETA, S. M. G.; BRÊTAS, A. C. P. A experiência da perimenopausa e pós-menopausa com mulheres que fazem uso ou não da terapia de reposição hormonal. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n.6, p.1682-1689, 2004.

VILLELA, W.; MONTEIRO, S.; VARGAS E. A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. **Ciências e saúde coletiva**. v. 14 n. 4, p. 997-1006, 2009.

WHITTEMORE, R. Combining evidence in nursing research: methods and implications. **Nurs Res**. 2005 Jan-Feb; 54(1):56-62.

# *Apêndice*



**Apêndice A**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Código:

1. Título:

2. Responsável pela elaboração do material:

3. Ano de publicação:

4. Edição:

5. Área Temática:

6. Abordagem ou enfoque de gênero:

Cumpre-se  Não se cumpre  É pouco claro  Outros \_\_\_\_\_

7. Modo de abordagem:

Explícita

Implícita

Não atende

8. Paginação:

9. Transcrição Textual:

---

---

---

10. Definição de gênero:

Há Transcrição textual

---

---

---

Não há

11. Se há, transcreva-a:

- Contempla apenas os procedimentos e normas técnicas
- Contempla procedimentos, normas técnicas e políticas públicas
- Contempla apenas políticas públicas, ações e serviços
- outros

Observação ou consideração do avaliador ou avaliadora: