

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL
MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL

CRISTIANE CORDEIRO DA SILVA DELFINO

ATENÇÃO INTEGRAL À SAUDE DA MULHER: um olhar sobre
processo interseccional de gênero e raça



Niterói
JULHO/2019

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL
MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL**

CRISTIANE CORDEIRO DA SILVA DELFINO

ATENÇÃO INTEGRAL À SAUDE DA MULHER: um olhar sobre
processo interseccional de gênero e raça

Dissertação apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Política Social.

Área de Concentração: Sujeitos Sociais e Proteção Social

Linha de Pesquisa: Gênero, Raça, Identidade de Gênero e Política Social

Orientadora: Prof.^aDr^a. Rita de Cássia Santos Freitas

Niterói
Julho/2019

Ficha catalográfica automática - SDC/BCG
Gerada com informações fornecidas pelo autor

D349a Delfino, Cristiane Cordeiro da Silva
ATENÇÃO INTEGRAL À SAUDE DA MULHER: : um olhar sobre
processo interseccional de gênero e raça / Cristiane
Cordeiro da Silva Delfino ; Rita de Cássia Santos Freitas,
orientadora. Niterói, 2019.
106 f.

Dissertação (mestrado)-Universidade Federal Fluminense,
Niterói, 2019.

DOI: <http://dx.doi.org/10.22409/PPGESS.2019.m.09530225792>

1. Interseccionalidade. 2. Mulheres. 3. Gênero. 4. Raça.
5. Produção intelectual. I. Freitas, Rita de Cássia
Santos, orientadora. II. Universidade Federal Fluminense.
Escola de Serviço Social. III. Título.

CDD -

CRISTIANE CORDEIRO DA SILVA DELFINO

**ATENÇÃO INTEGRAL À SAUDE DA MULHER: um olhar sobre
processo interseccional de gênero e raça**

BANCA EXAMINADORA

Prof.^aDr^a. Rita de Cássia Santos Freitas (Orientadora) – UFF

Prof. ^a Dr^a. Nivia Valença Barros– UFF

Prof^a. Dr^a. Luciene Alcinda de Medeiros- PUC-Rio

Niterói
Julho/2019

AGRADECIMENTOS

São tantos desafios enfrentados e muito a agradecer. Agradecer pelo fôlego de vida e por ter saúde física e mental para chegar ao final dessa jornada. Agradeço ao autor e consumidor da minha fé.

À minha querida mãe Maria (in memoriam), pois aonde cheguei é resultado de toda sua luta por mim, que não me deixou desanimar quando eu tinha que caminhar 16 km de bicicleta (às vezes a pé) para completar o ensino médio. Foi essa mulher que proporcionou o meu “sair”. Obrigada minha mãe, viu onde ousei chegar? Ninguém nunca imaginou que uma menina “lá da roça”, onde os pensamentos são “eu estudei para trabalhar aqui na roça, não vale a pena estudar”, poderia chegar até aqui. Mas, aquela mulher humilde e analfabeta mudou minha história, sendo eu a primeira da família de nove irmãos a entrar para uma universidade pública e de qualidade.

A meu marido Wagner, pelo apoio incondicional, por ter assumido o papel da minha mãe, sendo meu principal incentivador e acreditando no meu potencial. Perdoa-me pelas semanas de trabalhos, artigos, “babadinhos” e por tantos dias envolvidos com a Dissertação, vai valer a pena, e eu sei que você sabe disso. À minha pequena filha, Maria Fernanda, presente de Deus para mim e muito esperada.

Agradeço, também, aos meus familiares em geral, pelo apoio, cuidado e carinho. As minhas irmãs Iracema, Maria Benta e Dora que muito me ensinaram o que é ser mais que irmã, que sempre me incentivaram a continuar meus estudos, mesmo em circunstâncias adversas. As minhas cunhadas pela força. Às minhas sobrinhas Andréia e Thayane. Obrigada, meninas. A meu irmão Dirley pelo grande apoio de sempre, muito obrigada.

À orientadora Rita Freitas, parte muito importante da minha formação, por saber aparar as minhas arestas. Obrigada por fazer parte da minha formação, não só me orientando, mas também ministrando aulas que acrescentaram muito à minha caminhada acadêmica.

As minhas amigas Nathalie, Monique, Eliane, socorro bem presente. Obrigada meninas pelo apoio. Ao Glauber (que sempre me socorreu) e demais colegas de turma que me receberam muito bem.

A todas as minhas professoras do Programa de Estudos Pós-graduados em Política Social da Universidade Federal Fluminense.

A CAPES pela bolsa de estudos, que possibilitou maior investimento em minha caminhada acadêmica.

Notaram que são muitas mulheres que formam minha “rede de solidariedade”? São mulheres de todas as idades, cores e amores. E essa conquista é fruto dessa coletividade, cada uma doando um pouco de si.

Enfim, a todos familiares, amigos e professores que de forma direta ou indiretamente colaboram para mais uma vitória em minha vida. Afinal, todo trabalho acadêmico é fruto de esforços coletivos.

RESUMO

Esta dissertação tem por objetivo refletir acerca da relação interseccional de gênero e raça no processo de construção das políticas de atenção à saúde da mulher brasileira, cotejando as narrativas do Programa de Atenção Integral da Saúde da Mulher- PAISM, da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher- PNAISM -, e da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN. A área da saúde é um campo fértil de produção e reprodução de estereótipos acerca da saúde das mulheres. Reconhecer esse processo e refletir acerca dele faz-se um movimento de suma importância, em uma sociedade dita moderna que resguarda valores de base machista, patriarcal e racista. A metodologia utilizada privilegiou instrumentos e técnicas de revisão bibliográfica e análise documental dos documentos supracitados. A partir da análise pudemos perceber que os documentos citados não se utilizam com profundidade da discussão de interseccionalidade. No PAISM, em razão da questão temporal, se utiliza apenas da categoria mulher. Avançando no tempo na PNAISM e na PNSIPN as questões de gênero e raça aparecem com maior ênfase, sendo que na política de saúde da população negra a ênfase é dada na questão racial, e ao abordar o debate acerca das mulheres reatualiza o discurso materno. Nesse sentido, aponta-se que embora a PNAISM não discuta de forma adensada o processo interseccional de gênero e raça, esse debate pode ser melhor representado nesta política.

Palavras – Chave: Interseccionalidade. Mulheres. Gênero. Raça. Saúde.

ABSTRACT

This dissertation aims to reflect on the intersectional relationship of gender and race in the process of constructing health care policies for Brazilian women, comparing the narratives of the Program of Integral Care of Women's Health - PAISM, National Policy on Health Care of Women-PNAISM -, and the National Policy of Integral Health of the Black Population - PNSIPN. The health area is a fertile field for the production and reproduction of stereotypes about women's health, recognizing this process and reflecting on it is a movement of the utmost importance in a modern society that protects values based on gender, patriarchy and racist. The methodology used favors tools and techniques for bibliographic review and documentary analysis of the documents mentioned above. From the analysis we could see that the cited documents are not used in depth of the intersectionality discussion. In the PAISM, due to the temporal issue, it is used only in the female category. Advancing in time in the PNAISM and the PNSIPN, the issues of gender and race appear with greater emphasis, and in the health policy of the black population the emphasis is on the racial issue, and when addressing the debate about women re-actualizes the maternal discourse. In this sense, it is pointed out that although the PNAISM does not discuss the intersectional process of gender and race in a more detailed way, this debate may be better represented in this policy.

Keywords: Intersectionality. Women. Genre. Race. health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO I - GÊNERO E RAÇA: QUESTÕES ACERCA DA OPRESSÃO INTERSECCIONAL E A CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	15
1.1 Uma aproximação ao conceito de interseccionalidade – Pensando Gênero e Raça.....	16
1.1.1 Pensando gênero.....	20
1.1.2 Pensando raça.....	23
1.1.3 Intersecções de gênero e raça.....	27
CAPÍTULO II – SUJEITOS E MOVIMENTOS SOCIAIS NA CONTRUÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE PARA MULHERES	36
2.1 Mulher, gênero e saúde.....	36
2.2 Relações de gênero e raça e seus impactos na construção de políticas públicas de atenção à saúde da mulher.....	42
2.3 Política de Atenção à saúde da mulher no Brasil.....	50
CAPÍTULO III - A RELAÇÃO INTERSECCIONAL DE RAÇA E GÊNERO NO PAISM, PNAISM E PNSIPN	59
3.1 Análise documental do PAISM, PNAISM e a PNSIPN.....	60
3.2 Análise documental: Interseccionalidade de gênero e raça no PAISM.....	62
3.3 Análise documental: Interseccionalidade de gênero e raça na PNAISM.....	66
3.4 Análise documental: Interseccionalidade de gênero e raça PNSIPN.....	87
4. REFLEXÕES GERAIS, NÃO CONCLUSAS	98
REFERÊNCIAS	104

INTRODUÇÃO

Início essa conversa apontando que percorremos muitos caminhos até chegar ao tema central dessa dissertação. O projeto de pesquisa proposto ao adentrar no Programa de Política Social tinha por objeto a violência obstétrica, tema que me acompanhou desde a graduação, motivo de meus olhos brilharem ao falar sobre. Confesso que sou uma pesquisadora implicada.

No entanto, na qualificação tudo mudou, o que eu tinha construído até então - em termos de produção acadêmica - me encaminhou mais para a análise documental acerca da atenção à saúde da mulher e me afastou consideravelmente do tema violência obstétrica. Deste modo, eu tinha uma escolha difícil a se fazer: continuar com a análise documental que já estava em mais da metade do caminho ou voltar à violência obstétrica. A resposta foi dada com muito “peso no coração”, pois não havia tempo hábil para construir um novo caminho. E, de qualquer forma, me manteria na discussão acerca da saúde da mulher.

Assim, essa dissertação tem por objetivo trazer uma discussão acerca do processo interseccional de gênero e raça e se este debate está presente nos documentos de atenção à saúde da mulher, a saber: o Programa de Atenção Integral à saúde da mulher (PAISM); a Política Nacional de Atenção Integral da Saúde da Mulher (PNAISM); e, buscando captar melhor a questão racial, optei por analisar também a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

Nesse contexto, optei pela análise dos documentos, como podem perceber, porém, sou teimosa, não desisti de inserir em qualquer oportunidade a questão da violência obstétrica (tema em discussão para ser proibido o uso pelo Ministério da saúde. Deixo aqui minha indignação). Como a análise documental revelou que atenção à saúde da mulher focava no período gravídico/puerperal, essa foi minha oportunidade para inserir algumas reflexões.

Emblemático nesse sentido é a frase de Gênesis capítulo 03 versículo 16, direcionada às mulheres: “Multiplicarei grandemente a tua dor, e a tua concepção; com dor darás à luz filhos; e o teu desejo será para o teu marido, e

ele te dominará.” A naturalização dessa maldição leva, conseqüentemente, a visão das dores no processo do parto como algo comum, um processo divino.

Ademais, reforça a questão do domínio do homem sobre a mulher. Embora naturalizada pelos profissionais de saúde e até mesmo pelas gestantes, parturientes e familiares, a violência obstétrica é considerada um violência institucional¹ silenciada. Essa ideologia da naturalização leva as mulheres, em muitos casos, a não se reconhecerem como vítima, o que perpetua e legitima a prática violenta de maus tratos, abusos físicos e psicológicos realizados pelos profissionais de saúde.

O desejo de pesquisar sobre o tema violência obstétrica emergiu a partir de inquietações gestadas no estágio, na graduação, em 2013. O estágio era realizado no hospital Municipal de Cachoeiras de Macacu, onde permaneci por cerca de 03 anos, pois, mesmo após o término do estágio obrigatório, continuei como voluntária. Mediante o contato direto com gestantes, parturientes e familiares, no Hospital Municipal de Cachoeiras de Macacu, percebi que reclamavam, dentre outras coisas, da forma de atendimento e o direito de acompanhar a gestante/parturiente no período de pré-parto, parto e pós-parto. Nesse processo, questões de violações dos direitos das gestantes, parturientes e familiares começaram a saltar aos olhos, sendo essas inquietações transformadas em um Trabalho de Conclusão de Curso, no ano de 2016.

O perfil dessas gestantes e parturientes traçado no Trabalho de Conclusão de Curso me aproximou do debate racial, e de como essa questão afeta a saúde das mulheres. As mulheres negras sofrem um tipo de violência obstétrica dispare das mulheres brancas. Esse processo me aproximou da discussão de interseccionalidade e como esta é importante para pensar as políticas sociais.

Nesse sentido, após a qualificação caminhei em direção à análise documental do Programa de Atenção à Saúde da Mulher (PAISM), da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (PNAISM) e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), visando cotejaras percepções

¹Pode ser entendida como “atitudes e práticas racistas e sexistas reproduzidas nas instituições do Estado a partir da atuação de seus servidor@s, favorecendo e perpetuando a violência contra as mulheres, [...] perpetração direta de atos de violência por parte dos atores institucionais. (CFEMEA, 2014, p.11)

acerca do processo interseccional de gênero e raça e como este impacta a saúde da mulher.

Explicitar especificidades em uma política é promover um atendimento equânime, embora pareça para muito uma forma de discriminar. Trabalhar com a ideia de um sujeito universal é maquiagem as desigualdades e as violências naturalizadas. E, porque falar de saúde da mulher se somos todos iguais perante a lei? E porque falar de mulheres se o gênero nos une e nos “universaliza”? A resposta é que somos mulheres e apresentamos especificidades biológicas e sociais em relação aos homens, e também porque somos mulheres negras, indígenas, lésbicas, transexuais, ou seja, uma multiplicidade de identidades que devem ser pensadas “caso a caso” sem perder de vista o caráter coletivo desse processo. Então, se somos múltiplas como pensar em uma política universal que não é alcançada por um debate transversal? .

Diante do exposto, partimos na aventura, como pesquisadora implicada, de desvelar as falas, as concepções de raça e gênero impressos nos documentos de atenção à saúde da mulher.

Nesse contexto, partimos da compreensão de que não existe pesquisador neutro. Como pesquisadora implicada muitos questionamentos vão surgindo; porque quero pesquisar sobre determinado assunto? O que me move na compreensão desse documento? A delimitação do objeto faz-se em um contexto de dúvida. As escolhas são atravessadas por crença e valores construídos socialmente.

Diante de todo desabafo, sigo em frente e percebo que a análise dos documentos não me levou para longe do tema violência obstétrica, como será demonstrado no decorrer dessa dissertação. E, pretendo continuar nesse debate, talvez com outro foco principal, as especificidades da saúde das mulheres e o papel dos movimentos feministas nesse processo.

Deste modo, fecho essa parte da dissertação, que optei por uma linguagem mais íntima, para contar minha história e continuarei as minhas reflexões em outro tempo verbal, de um a linguagem mais formal.

No Brasil quando falamos do processo interseccional de gênero e raça, não estamos nos referindo a grupos isolados, mas de uma grande parte da população brasileira, e não de uma “minoria” que costumam rotular.

Outra questão é que não podemos negar que em uma sociedade dita moderna as mulheres ainda estão subjugadas aos homens, e as mulheres negras duplamente subjugadas: aos homens e as mulheres brancas. Trabalhar essas intersecções juntas não é tarefa fácil, exige muito esforço no processo de desconstrução de estereotípicos construídos acerca do “ser universal”. Destaca-se nesse processo de luta a importância da articulação dos Movimentos Sociais como exemplo Movimento Negro, Movimentos Feministas e Movimento Feminista Negro. Destacaremos a importância desses movimentos no decorrer da dissertação.

As desigualdades e as discriminações de gênero e raça são duas categorias marcadas no processo histórico que aponta para uma sociedade machista e patriarcal e que se articula com os resquícios da escravidão de negros e negras no Brasil.

Pensar a saúde das mulheres nesse contexto é pensar “fora da caixinha”. É uma desobediência a ordem socialmente construída. Explicitar as distintas formas como as mulheres foram e são submetidas à dominação masculina, e como esse processo impacta a saúde da mulher faz-se um movimento de suma importância.

A relevância deste estudo reside na contribuição à reflexão sobre questões que permeiam as relações de gênero, raça e etnia, na manutenção e promoção da saúde da mulher. Surge da necessidade de aprofundar as discussões acerca das desigualdades e discriminações construídas no processo histórico em relação às mulheres, as articulações das lutas em prol de políticas sociais, específicas destinadas a assegurar o acesso integral e igualitário aos serviços de saúde, em especial das mulheres negras.

ANÁLISE DOCUMENTAL - ALGUMAS REFLEXÕES METODOLÓGICAS

Quando pensamos em utilizar o método, e escolhemos a análise documental, o ponto de partida não é a análise de um determinado documento, mas, quais os questionamentos sobre o objeto a ser refletido e a partir desses questionamentos, é que dar-se-á a problematização do objeto, das fontes, dos documentos, pois eles apenas apresentam os fatos, porém não os interesses em disputa. Deve-se desvendar de qual parcela populacional esse documento

teve influência direta, para compreender sua “verdade”. Para Cellard (2008, p.300) é “bem difícil compreender os interesses (confessos, ou não) de um texto, quando se ignora tudo sobre aquele ou aqueles que se manifestam, suas razões e as daqueles a quem eles se dirigem”.

Os documentos expressam e reproduzem normas, identidade, subjetividades, padrões de pensamentos definidos pela relação de poder entre os atores sociais, políticos e econômicos. Os documentos de política através de seus escritores e editores podem trazer verdades estatais, suprimi-las ou embelezá-las.

[...] o documento escrito constitui uma fonte extremamente preciosa para todo pesquisador nas ciências sociais. Ele é, evidentemente, insubstituível em qualquer reconstituição referente a um passado relativamente distante, pois não é raro que ele represente a quase totalidade dos vestígios da atividade humana em determinadas épocas. Além disso, muito frequentemente, ele permanece como o único testemunho de atividades particulares ocorridas num passado recente (CELLARD, 2008, p. 295).

A utilização de documentos no processo de pesquisa faz-se importante, pois permite analisar a compreensão social do momento histórico em que este fora forjado. A análise documental possibilita a observação do processo de evolução dos indivíduos, grupos, comportamentos, conceitos, pensamentos e práticas sociais (CELLARD, 2008), por meio das correlações de forças explícitas ou implícitas através das concepções dos formuladores, atores sociais, cenário político e econômico, apresentados nos documentos.

De acordo com Cellard:

No plano metodológico, a análise documental apresenta também algumas vantagens significativas. Como o enfatizou Kelly (apud GAÜTHER, 1984: 296-297), trata-se de um método de coleta de dados que elimina, ao menos em parte, a eventualidade de qualquer influência - a ser exercida pela presença ou intervenção do pesquisador - do conjunto das interações, acontecimentos ou comportamentos pesquisados, anulando a possibilidade de reação do sujeito à operação de medida (CELLARD, 2008, p.295).]

Para Cellard (2008) o documento escrito pode representar e explicitar as atividades humanas realizadas ao longo do processo histórico, ele é fonte preciosa para os pesquisadores das ciências sociais. No tocante a análise documental, o autor afirma que o método apresenta vantagens significativas. Este método de coleta de dados exclui em parte a influência do pesquisador, diante de algo já posto.

Nesse sentido, para melhor compreensão da temática proposta a Dissertação será dividida em três capítulos. No primeiro capítulo intitulado “Gênero e raça: questões acerca da opressão interseccional e a construção de políticas públicas”, apontaremos como o processo interseccional de gênero e raça perpassa a construção das políticas sociais, e são em muitos casos invisibilizados.

No segundo capítulo, que tem por título “Sujeitos e Movimentos Sociais na construção de políticas de saúde para mulheres” foram apontados a importância dois sujeitos sociais na construção das políticas, e como estes colaboram para que um tema entre na agenda governamental.

O terceiro e último capítulo, por sua vez, refere-se ao objeto da pesquisa com o título “A relação interseccional de raça e gênero no PAISM, PNAISM E PNSIPN”. Nesse capítulo realizamos a análise documental dos documentos supracitados (Programa de Atenção à Saúde da Mulher (PAISM), da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (PNAISM) e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)), explicitando se as relações de gênero e raça estão presentes no debate das políticas de Atenção à Saúde das mulheres.

CAPÍTULO I - GÊNERO E RAÇA: QUESTÕES ACERCA DA OPRESSÃO INTERSECCIONAL E A CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Assim como é verdadeiro o fato de que todas as mulheres estão, de algum modo, sujeitas ao peso da discriminação de gênero, também é verdade que outros fatores relacionados às suas identidades sociais, tais como classe, casta, raça, cor, etnia, religião, origem nacional e orientação sexual, são “diferenças que fazem a diferença” na forma como vários grupos de mulheres vivenciam a discriminação. Tais elementos diferenciais podem criar problemas e vulnerabilidades exclusivos de subgrupos específicos de mulheres, ou que afetem desproporcionalmente apenas algumas mulheres. Do mesmo modo que as vulnerabilidades especificamente ligadas a gênero não podem mais ser usadas como justificativa para negar a proteção dos direitos humanos das mulheres em geral, não se pode também permitir que as diferenças entre mulheres marginalizem alguns problemas de direitos humanos das mulheres, nem que lhes sejam negados cuidado e preocupação iguais sob o regime predominante dos direitos humanos (CRENSHAW, 2002).

Iniciamos as reflexões desse capítulo apontando para a problemática da saúde da mulher que é perpassada por diversas questões, intersecções que determinam o enfoque na proteção e promoção da atenção integral à saúde da mulher. São “diversas”: mulher, mulheres, mulheres negras, indígenas, lésbicas, transexuais, pobres, ricas, portadoras de deficiências ou não.

Falar na questão interseccional das opressões é compreender que estes diversos caminhos confluem para oprimir, constranger, violentar e violar os direitos das mulheres de viverem com saúde, em sua completude. De tal modo, através do viés interseccional, nesta dissertação, pretendemos refletir acerca da construção das políticas públicas, especificamente, de atenção integral à saúde da mulher, com ênfase na saúde das mulheres negras.

Nesse sentido, este capítulo tem por objetivo trazer uma discussão acerca da interseccionalidade de gênero e raça e como esta é importante para pensar a Política de atenção à saúde da mulher. Assim, traremos reflexões de como a questão de gênero e raça aparecem ou não nessas políticas, explicitando a importância dos movimentos sociais e do Estado na composição das mesmas.

1.1 Aproximação do conceito de interseccionalidade – Pensando Gênero e Raça

Falar das intersecções que atravessam a vida das mulheres é enveredar em um movimento plural que não se restringe às relações de gênero, mas perpassa os meandros de raça, como também, de classe, dentre outras dimensões.

A opressão interseccional não acontece apenas nos espaços constituídos por “diferentes”, ou “iguais”, mas, perpassa o interior dos movimentos vistos como hegemônicos, como apresentaremos no decorrer da dissertação. São especificidades que um olhar distraído, “domesticado e naturalizado” não compreende.

Supor que um movimento, por ser constituído por “iguais” será homogêneo e coeso é cair nas armadilhas do “senso comum”. Um movimento pode apresentar opressões “singelas” que se explicitam através de um olhar mais atento.

O termo interseccionalidade, ou intersecção, pode em um primeiro momento nos saltar aos olhos como uma palavra em auge, na moda, transformando, na maioria das vezes, em opressões que se entrelaçam e se articulam para oprimir, ou segregar o outro. Porém, o termo apresenta-se pertinente para analisar especificidades que atingem um determinado grupo, onde suas demandas não entrariam na agenda governamental senão por pressão desses grupos específicos.

Falar em interseccionalidade nos remete ao contexto de múltiplas desigualdades e discriminações, um processo dinâmico de interação entre dois ou mais movimentos de subordinação em relação aos demais indivíduos. Deste modo, o termo aponta a “[...] forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras.” (CRENSHAW, 2002, p.177).

De acordo com Crenshaw (2002), a opressão interseccional, em relação às mulheres, se constitui, em diversas situações, de episódios trágicos, ou de violência tendo por base a raça ou etnia. Violência esta que tem por característica a “subordinação interseccional intencional”. Na medida em que

esse tipo de violência enquadra o sistema racial ou étnico, o racismo e sexismo se manifestam explicitando a relação de gênero imbricados nessas violações contra as mulheres.

A autora aponta ainda que a discriminação intencional e opressões não são destinadas às mulheres, em muitos casos, apenas por serem mulheres, mas também por não fazerem parte de “grupos étnicos sociais dominantes”, caracterizando uma “subordinação interseccional”. (p.179).

Cabe aqui uma reflexão acerca de críticas tecidas quanto ao entendimento de Crenshaw em relação ao termo interccionalidade. Piscitelli (2008) aponta que Crenshaw ao vincular o termo a casos graves de violação de direitos humanos “ela funde a ideia de diferença com a de desigualdade.” Aponta que as intersecções de opressão estão relacionadas, exclusivamente, a subordinação social e desempoderamento.

Outra crítica trata-se da questão do poder. Crenshaw aponta o domínio do poder como algo não relacional, em uma posição unilateral, pertencente apenas um determinado grupo. Piscitelli concorda que as opressões se articulam, porém, a ideia de poder é transitória. Exemplificando a afirmativa: em relação às mulheres negras, as mulheres brancas “exibem” uma “forma de poder”, que as privilegia em determinadas situações, mas, ainda, compartilham da opressão de gênero. E, dentro dessas contradições, temos a possibilidades de criar estratégias para que essas opressões sejam dirimidas.

Nesse sentido, não pretendemos hierarquizar e muito menos taxar como fixas e únicas essas formas interseccionais. Aponta-se que as especificidades das opressões atingem determinadas regiões de forma díspar. Questões territoriais, regionais são importantes objetos de análises. Piscitelli cita como exemplo a vinculação da imagem da mulher brasileira à prostituição. Essa questão não pode ser universalizada, nem todas as mulheres do mundo têm essa imagem associada ao sexo, independentemente de sua profissão.

Como apontaremos no decorrer desse estudo, a questão de raça no Brasil, que é de marca, difere da dos Estados Unidos, onde é associada à origem. O processo de “braqueamento brasileiro” pode pôr ou retirar indivíduos do círculo de opressões. Por enquanto, destaca-se que as relações interseccionais de opressão não são estanques.

Dando continuidade ao conceito de interseccionalidade. De acordo com Hirata (2014) o termo tem sua origem no movimento *Black feminism*, dos anos de 1970, com objetivo de fazer uma crítica ao feminismo “elitizado”, que representava a raça branca, a classe média e heteronormativa. A interseccionalidade ultrapassa o entendimento acerca das multiplicidades do sistema de opressão. Quando trabalhamos com o processo interseccional de classe, gênero e raça, não apontamos apenas as diferenças entre homens e mulheres, mas as especificidades entre homens e mulheres, brancos e negros, como também a questão de classe.

A discriminação “nossa de cada dia”, em muitos casos nos impede de ver como nosso comportamento reproduz o sistema de opressão e subordinação, seja por questão de raça, gênero, classe social, religião, dentre outras. Mas, dentro das opressões surgem as opressões, sem querer ser redundante. “Assim, comumente feministas apontam com confiança para suas opressões sofridas por serem mulheres, mas resistem em ver o quanto de privilégio sua pele branca lhes traz” (COLLINS, 2015, p.13).

Ser a “regra” não significa ser detentor de um espaço sem discriminação. Em um movimento de mulheres, existem especificidades que alcançam determinados grupos, como as mulheres negras². Dentro do movimento da população negra existem as especificidades que alcançam as mulheres negras em relação aos homens negros. No ambiente das mulheres negras não podemos negar que as mulheres brancas pobres, também, sofrem opressões. “Em essência, cada grupo identifica o tipo de opressão que se sente mais à vontade em atribuir como fundamental e classificam todos os outros tipos como menos importantes” (COLLINS, 2015, p.14). Vale ressaltar que todo esse processo deve perpassar a não hierarquização das opressões.

Precisamos de novas categorias de análise que incluam raça, classe e gênero como estruturas de opressão distintas, mas imbricadas. Aderir a comparações e hierarquizações de opressões – o proverbial “sou mais oprimido que você” – nos prende em uma perigosa dança em que competimos por atenção, recursos e supremacia teórica (COLLINS, 2015, p.14).

² E poderíamos acrescentar aqui as lésbicas, mulheres trans, portadoras de deficiência... enfim, é importante a construção de um olhar que contemple as especificidades e os modos como essas identidades são vivenciadas no cotidiano das mulheres.

Corremos, cotidianamente, o risco de cair nessas armadilhas em um processo de análise. Apontar que determinado grupo sofre mais com certo tipo de violência não significa dizer que o lado “oposto” desse grupo não sofra violência. Como exemplo, podemos citar o caso das mulheres negras que sofrem uma forma de violência obstétrica diferente da mulher branca, sem significar que as mulheres brancas não sofrem violência obstétrica³, especialmente as mulheres brancas pobres.

Para entendermos as bases que alicerçam o processo de subordinação, dominação e violência, pensar as categorias que conformam gênero, classe e raça é de suma importância, para não cairmos em análises ingênuas da realidade, apontando possibilidades e alternativas incompletas a demanda explicitada. “Eu vivo todos os dias como uma mulher afro-americana – uma experiência específica de raça/gênero. E não estou sozinha. Todas/os têm uma identidade específica de raça/gênero/classe” (COLLINS, 2015, p.17). E, não atentar para esse fato é cair em armadilhas conceituais. Essas opressões, em suas especificidades, podem ser mais ou menos latente em determinados momentos, e condicionado ao espaço que ocupamos.

Eis o dilema apontando por P. Collins: “O que tem sido mais opressor para você, seu *status* de pessoa negra ou seu *status* de mulher ?” O que realmente estão me pedindo é que eu me divida em pequenas caixas e hierarquize meus diversos *status*” (COLLINS, 2015, p.18). O indivíduo é um todo e deve ser analisado como tal. Nesse estudo dividiremos as categorias de gênero e raça apenas para melhor compreensão, e não porque os consideremos como aspectos sem articulação nas intersecções das opressões. Embora, possam operar separadamente para perpetrar um sistema de desigualdades, devem ser vistos de forma articulados e compreendemos que não estão dissociados da dimensão de classe, sexualidade, geração, etc. Mas vamos dar, por conta dos objetivos que temos em pauta, destaque às dimensões de gênero e raça.

Vale ressaltar que nesse estudo não temos a intenção de ocultar /invisibilizar a questão da classe. Entendemos que também, é uma categoria que perpassa o processo interseccional, porém, optamos por dar ênfase a

³ Ver Delfino, 2018.

questão de gênero e raça como categorias analíticas importantes para pensar políticas de atenção Integral à saúde da mulher- que são mais invisibilizadas, dada a naturalização que perpassa essas discussões.

1.1.1 Pensando gênero

Iniciamos discutindo o conceito de gênero, tendo por base elaborações teóricas de diversas autoras. Entendemos gênero como uma categoria analítica, “uma categoria social imposta sobre o corpo sexuado” (SCOTT, 1986, p. 7). Cabe aqui ressaltar que gênero não é sinônimo de sexo, é uma construção social, detentora de uma distribuição desigual de poder.

Em seu sentido original, gênero é o fenômeno da presença em algumas línguas (por exemplo, as indo-européias) de desinências diferenciadas para designar indivíduos de sexos diferentes ou ainda coisas sexuadas. Gênero, nas ciências sociais, tomou outra conotação, e significa a distinção entre atributos culturais alocados a cada um dos sexos e a dimensão biológica dos seres humanos. O grande impacto que vem produzindo nas análises sociais funda-se em ter chamado a atenção para o fato de que uma parte da humanidade estava na invisibilidade – as mulheres –, e seu uso assinala que, tanto elas quanto os homens são produto do meio social, e, portanto, sua condição é variável (SOIHET E PEDRO, 2007, p.288).

Deste modo, essa categoria envolve uma relação de subordinação entre os sexos. Destaca-se que, ainda, na atualidade, quando falamos em estudos de gênero, grande parte associa aos estudos de mulheres, ou de coisas relacionadas a estas, como realizaremos neste estudo, porém, a categoria analítica não se limita à mulher. Louro (1996, p.10) aponta que o estudo de gênero não visa “focalizar apenas as mulheres como objeto de estudo, mas, sim, os processos de formação da feminilidade e da masculinidade, ou os sujeitos femininos e masculinos”.

Para Bruschini e Ardaillon (1998, p.25) gênero é o “princípio que transforma as diferenças biológicas entre os sexos em desigualdades sociais, estruturando a sociedade sobre a assimetria das relações entre homens e mulheres”. Por outro lado, parafraseando Saffioti (1992) gênero é um modo de “existir” do corpo, e este apresenta uma gama de possibilidades culturais. Através das relações sociais as construções dos gêneros se formam.

Deve-se levar em consideração não apenas as relações estabelecidas entre os corpos, mas o corpo, as emoções, o intelecto, o “EU”, em relação com outro. Indo nessa direção, o corpo faz-se peça chave para entender o papel da mulher e do homem na sociedade, no processo de construção da feminilidade e masculinidade, sendo, nesse contexto, incapaz de defini-los como homem e mulher.

Deste modo, utilizando as reflexões de Bourdieu (2002), a diferença entre o corpo da mulher e do homem, no tocante aos órgãos sexuais, é o que demarca a posição social de cada indivíduo, sendo esta uma explicação para a desigualdade de gênero. A construção social da mulher como ser subordinado, como “dominada-explorada”, traz consigo a marca da naturalização, algo da natureza, “posto por Deus”. Processo este, guiado por preconceitos e estereótipos dos gêneros, tendo por base a determinação biológica, convertida em desigualdade social e naturalização (SAFFIOTI, 1992)

Eis porque o machismo não constitui privilégio de homens, sendo a maioria das mulheres também suas portadoras. Não basta que um dos gêneros conheça e pratique atribuições que lhes são conferidas pela sociedade, é imprescindível que cada gênero conheça as responsabilidades do outro gênero (SAFFIOTI, 1992, p. 10).

Nesse sentido, concorda-se com Bourdieu (2002, p. 22-23) que “a representação androcêntrica da reprodução biológica e da reprodução social se vê investida da objetividade do senso comum”. As mulheres, muitas vezes, de forma involuntária, reproduzem essa relação de poder. Os dominados aplicam categorias construídas do ponto de vista dos dominantes às relações de dominação, fazendo-as assim serem vistas como naturais. Para perpetrar a ordem faz-se necessário o consentimento tácito e/ou explícito dessa condição de subordinação.

Welzer-lang (2001) aponta que as opressões vivenciadas pelas mulheres por parte dos homens produzem um sistema de desigualdades, que concedem vantagens aos homens. Esta análise não pode estar desconectada de outras relações sociais ligadas à classe, raça/etnia, gerações dos sujeitos envolvidos, na luta por igualdade. Assim como a sexualidade, é outra dimensão importante nesse processo. Como afirma Bourdieu (2002, p. 55):

[...] qualquer que seja sua posição no espaço social, as mulheres têm em comum o fato de estarem separadas dos homens por um coeficiente simbólico negativo, que tal como a cor da pele para os negros, ou qualquer outro sinal de pertencer a um grupo social estigmatizado, afeta negativamente tudo que elas são e fazem.

Como marca desse “coeficiente simbólico” as histórias femininas estão separadas das masculinas, assim, apontam-se as feministas - e os movimentos feministas - como sujeitos fundamentais para construir outras narrativas sobre os feminismos.

Scott (1996) nos apresenta quatro elementos, em articulação, que permitem a compreensão das relações de gênero. O primeiro elemento aponta para “os símbolos culturalmente disponíveis” e que se organizam de formas binárias. O símbolo de Maria e Eva, são exemplos de mulher, de luz e escuridão, de obediência e desobediência. A imaculada e a pecadora, por onde o pecado chegou ao homem, e teve como punição o “parirás com dor” e a outra, simbolizando o amor e dedicação apenas para seu marido- e à maternidade, pois não podemos esquecer que Maria representa a pureza: uma mãe imaculada.

O segundo elemento aponta para os “conceitos normativos”, ou seja, os estereótipos atribuídos às mulheres e aos homens. A mulher é sensível, movida por emoções e pelo amor romântico, por outro lado, o homem é viril, protetor e racional.

O terceiro atribui a “noção de fixidez”, que aponta para uma representação binária dos gêneros, que são imutáveis e atemporais. Já o quarto a autora explicita a questão da identidade subjetiva, que tem por base conceitos, imagens e símbolos, atribuindo a homens e mulheres um peso simbólico e cultural.

A organização social de gênero constrói duas visões de mundo, donde se pode concluir que a perspectiva da mulher e seus interesses divergem do ponto de vista do homem e dos seus interesses. As experiências, ao adquirirem um colorido de gênero, como ocorrem com a classe e a etnia, demonstram que a vida não é vivida da mesma forma para homens e mulheres. (ROWBOTHAM apud SCOTT, 1996, p 122).

Diante disso, concorda-se com a definição de Scott (1991, p.21) que “gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças

percebidas entre os sexos (...) e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder”. Nesta dimensão de poder o gênero se relacionam intimamente com outras estruturas sociais e se entrelaçam com outras relações de poder, como a classe e a raça, a qual, também, refletiremos sobre.

O cruzamento da história das mulheres com o movimento feminista serviu como base para descortinar as identidades femininas, desarticulando a “categoria feminina hegemônica”. Essa articulação produziu tensões e questionamentos, que colocavam em questão a “categoria mulher”, apresentando a viabilidade da categoria “mulheres”, pondo como ponto de análise a “diferenças” dentro das “igualdades”, embora não de forma pacífica e hegemônica. Dentre as reivindicações das mulheres estava a “diferença”, “dentro da diferença”, em relação às mulheres negras, índias, pobres, dentre outras (SOIHET e PEDRO, 2007).

Deste modo, “quando, então, nos recusamos a lidar com raça ou classe porque elas não parecem ser diretamente relevantes ao gênero, estamos, na verdade, nos tornando parte do problema de outras pessoas” (COLLINS, 2015, p.26). Essas construções sociais perpassam não apenas as relações de gênero, como também as relações de classe e de raça. Assim, propõe-se analisar, a seguir, as questões de gênero perpassado pelo viés de raça/etnia.

1.1.2 Pensando raça

De acordo com as reflexões de Florestan Fernandes (2008) a transição escravocrata para o capitalismo representou a condição da marginalidade do negro no Brasil. Após a abolição, o Brasil não implementou ações para encaminhar o destino dos negros para uma “inserção” na sociedade, e aos novos padrões de “trabalho livre”. Nos debates acerca dos direitos dos negros e negras a compreensão da inserção desigual destes na sociedade industrial e urbana faz-se um fator importante.

Vale ressaltar que, se utilizando das palavras de Collins, “Muito embora a escravidão seja tipicamente analisada como uma instituição racista e, ocasionalmente, como uma instituição de classe, eu sugiro que a escravidão foi uma instituição específica de raça, classe e gênero” (COLLINS, 2015, p.21).

Avançando um pouco mais a autora aponta que:

A escravidão foi uma instituição profundamente patriarcal. Ela se apoiava no princípio dual da autoridade do homem branco e em sua propriedade, uma junção das esferas políticas e econômicas dentro da instituição familiar. A heterossexualidade era presumida e era esperado que todos os/as brancos/as se casassem. O controle sobre a sexualidade das mulheres brancas abastadas foi central para a escravidão, uma vez que as propriedades deveriam ser passadas aos herdeiros legítimos dos senhores de escravos (COLLINS, 2015, p.21).

Diante do exposto, argumentamos que a questão de raça no Brasil, na atualidade, não está desconectada do processo de escravidão, da supremacia branca, da heteronormatividade e das relações de gênero.

Pode-se entender a questão de raça no Brasil a partir de duas vertentes hegemônicas. A primeira está relacionada aos estereótipos criados pelas elites e a outra a perspectiva contra-hegemônica criada a partir do movimento negro brasileiro. As concepções difundidas a partir do século XIX, de correntes eugênicas européias caracteriza a raça a partir das condições naturais de inferioridade e superioridade, onde o negro era considerado um ser inferior, empecilho ao desenvolvimento social, e o branco uma raça superior (DOMINGUES, 2007). No início do século XX começou emergir a teoria da democracia racial, onde o Brasil era posto como o espaço perfeito, harmonioso de miscigenação racial (GUIMARÃES, 2001).

De acordo com Guimarães (1999, p.124) a raça “é um conceito que denota tão somente uma forma de classificação social, baseada numa atitude negativa frente a certos grupos sociais”. A percepção de branco e negro no Brasil varia de acordo com o lugar que o sujeito está inserido. Relaciona-se com o “grau de mestiçagem”, de acordo com a classe e a região que o sujeito se encontra.

Cabe aqui apontar que nos Estados Unidos a questão do preconceito está relacionada à “origem”, a miscigenação é observada em quaisquer espaços, classe ou nível educacional. Embora o sujeito apresente “características de branco”, cabelos “sedosos”, nariz afilado, para todos os efeitos são negros, em relação a sua origem. Já no Brasil emergiu um processo de “branqueamento” da população, evidenciando o preconceito racial de “marca”, ou seja, de cor.

Quando o preconceito de raça se exerce em relação à aparência, isto é, quando toma por pretexto para as suas manifestações os traços físicos do indivíduo, a fisionomia, os gestos, o sotaque, diz-se que é *de marca*; quando basta a suposição de que o indivíduo descende de certo grupo étnico para que sofra as consequências do preconceito, diz-se que é *de origem* (NOGUEIRA, 2006, p.292).

O preconceito de marca tem por critério o fenótipo, a aparência racial. “Assim, a concepção de branco e não-branco varia, no Brasil, em função do grau de mestiçagem, de indivíduo para indivíduo, de classe para classe, de região para região” (NOGUEIRA, 2006, p.294). Nesse sentido, “o fato é que a moderna classificação dos seres humanos em raças tomou a antiga nomenclatura das cores, a classificação de povos e de pessoas por cor, e a ela assimilou sua hierarquia própria e racista” (EDUFBA, 2008, p.71).

De acordo com a classificação racial do Instituto de Geografia e Estatística, IBGE, os dados são baseados na auto-declaração, onde o indivíduo se autodeclara preto, branco, pardo, amarelo, indígena. Os negros no Brasil se apresentam de um somatório de indivíduos pretos e pardos.

Segundo IBGE (2017) o número de brasileiros que se autodeclararam pretos no Brasil aumentou em cerca de 14,9%, entre 2012 e 2016. Em 2012 o número de pardos era de 45,3%, e de pretos, 7,4%. Em 2016 os pardos passaram a 46,7% e os pretos 8,2% da população brasileira. Apontam que dois fatores podem estar relacionados a esse crescimento: o aumento da fecundidade da população negra e o reconhecimento das pessoas da cor preta.⁴ A especialista Maria Lúcia Vieira aponta que a cor preta passou ser motivo de orgulho.

A pesquisa aponta, ainda, que a região norte é onde há maior concentração de pessoas que se autodeclararam pardas e as pretas na região nordeste.

Cor é um tipo de carisma baseado na aparência física de um indivíduo, e dá a medida, em geral, da sua distância ou proximidade dos grupos raciais. Não se trata, apenas de uma escala de valores estéticos, mas também de uma escala de valor intelectual e moral. [...] No Brasil, opera no plano individual e coletivo [...] é a forma dominante para demarcar fronteiras, tanto entre grupos, quanto no interior destes. O carisma de raça, no Brasil, raramente é evocado de

⁴ Reportagens do G1. Entrevistada gerente da pesquisa, Maria Lucia Vieira. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/populacao-que-se-declara-preta-cresce-149-no-brasil-em-4-anos-aponta-ibge.ghtml>

modo direto pelos brancos, que preferem utilizar a cor ou etnia, sendo evocado via de regra, pelos negros (GUIMARÃES, 2005, p. 208).

Como aponta Bourdieu (1989, p.7-8) o poder simbólico se apresenta como “poder invisível o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem”. A violência simbólica se apresenta de forma camuflada, não apresenta estrutura facilmente identificável, se apresenta como ato natural, de uma homogeneidade, que para desvendá-la necessita da explicitação da diferença dentro da igualdade apontada.

Nos apropriando das reflexões de Candau (2005, p. 19): “De fato, a igualdade não está oposta à diferença, e sim à desigualdade, e diferença não se opõe à igualdade, e sim à padronização, à produção em série, à uniformidade, à mesmice”. Dentro dessa padronização se destacar como diferente é algo negativo, produtor de desigualdades.

A história narrada nas escolas é branca, a inteligência e a beleza mostradas pela mídia também o são. Os fatos são apresentados por todos na sociedade como se houvesse uma preponderância absoluta, uma supremacia definitiva dos brancos sobre os negros. Assim o que se mostra é que o lado bom da vida não é nem pode ser negro. Aliás, a palavra negro, além de designar o indivíduo deste grupo étnico racial, pode significar sujo, lúgubre, funesto, sinistro, maldito, perverso, triste, nefando, etc (SANTOS, 2003 p.27)

Analisando a questão de que o Brasil elegeu o ideário do branqueamento, emerge um dilema: o que é ser negro no Brasil? . Dando continuidade às reflexões de Santos (2003), existe um processo de alienação do negro em não assumir a sua identidade.

A fuga do negro em relação à questão racial no Brasil é semelhante à de um paciente que não aceita a advertência médica sobre uma doença grave que o debilita. O doente trabalha com a versão de que inexistente o mal, na tentativa de não enfrentá-lo, como se isso fosse possível indefinidamente. Entretanto, por não se conscientizar, e assim se precaver, sofre duplamente pela sua atitude: em primeiro lugar, padece psicologicamente, pois reconhece, interiormente, sofrer de um grave mal; depois, sofre fisicamente as debilitações ocasionadas pela doença que objetivamente reluta reconhecer. É o que acontece com o negro quando alega ‘não ter nada a ver’ enfrentar as situações de discriminação racial. Por esse caminho, como vimos, padece duas vezes: conscientemente sabe “ter tudo a ver” e sofre por isso e no dia-a-dia, recebe as discriminações todas atiradas contra ele mesmo, na rua, na escola, no trabalho, nos meios de comunicação (SANTOS, 2003, p. 36-37).

Para as mulheres uma marca são os cabelos, em que se tem o modelo europeu, de cabelos lisos usados como padrão aqui no Brasil. Malachias(2009) aponta que a “introjeção ideológica” do processo de embranquecimento atinge os negros, que buscam se “adequar” aos padrões. Ela aponta que os negros alisavam os cabelos, não por falta de consciência do belo, mas com intuito de inserção no mercado de trabalho.

[...] “apresentação pessoal” ganha notório valor na sociedade brasileira. Jornais da Imprensa Negra farão recomendações aos seus leitores sobre o modo de trajar e caminhar, evidenciando uma preocupação com a aparência exterior, cada vez mais valorizada pela sociedade branca (MALACHIAS, 2009, p. 35).

A desigualdade racial no Brasil resulta do processo histórico da formação do país. Pensar o acesso da população negra aos direitos sociais é refletir sobre o lugar dos negros e negras no país e no âmbito local. É analisando a história e correlacionando com o presente “[...] enquanto situação definida pelas relações de produção, pela estrutura de classes, pelas formas de organização do poder etc., que se encontram as determinações básicas das relações de integração e antagonismo raciais.” (IANNI, 1988, p. 155)

Neste contexto, aponta-se que é na formação social capitalista que as contradições emergem. São homens e mulheres livres com igualdades de direitos “sem distinção de raça e religião”. Em contraponto, se apresenta a condição desigual submetida à população negra e pobre. Completando as reflexões, as raças são, cientificamente, uma construção social e devem ser estudadas por um ramo próprio da sociologia ou das ciências sociais, que trata das identidades sociais (GUIMARÃES, 2008, p.65).

Ianni (1988) elucida que as especificidades históricas dos conflitos raciais se articulam com as relações político-econômicas das classes, apontando para apropriação desigual do fruto do trabalho social da população negra, indissociáveis do preconceito de classe, da identidade dos sujeitos, da discriminação / preconceito de raça.

1.1.3 Intersecções de gênero e raça

A raça e gênero são postos na história como questões de identidade social. Durante o processo histórico a sociedade passou a classificar as

peças por sua cor da pele, tipo de cabelos, traços físicos, a ditar os papéis das mulheres e homens, o lugar destes no ambiente público e privado, apontando a estrutura biológica como caráter de superioridade/inferioridade, o que demarcava maior ou menor autonomia nas relações sociais.

Assim, discutiremos os conceitos de gênero e raça e como essas “opressões” perpassam a vida das mulheres, limitando o “sair” destas, ditando regras de comportamentos, diante de uma sociedade patriarcal, com vista ao “branqueamento” condicionado.

Prestar atenção nas disparidades dentro da “diferença” é olhar o sujeito como um todo, e atentar para as especificidades das opressões que atingem um determinado grupo social e não a outro. Analisar esses sujeitos sobre uma ótica não binária, homem e mulher, negro e branco é apontar para o diverso, para especificidades que em muitos casos as políticas públicas não contemplam. Falar de uma política pública para mulheres é essencial, mas, apontar dentro do grupo de mulheres especificidades que contemplem a mulher negra, indígena, lésbica, dentre outras, é avançar no tempo e história. Esse processo, faz-se um movimento de suma importância dentro desse universo de pluralidade do que é ser mulher.

Podemos nos dar o luxo de lutar apenas pelas opressões que atingem a mulher, em relação binária homem e mulher, se somos mulheres negras? A contestação deve se restringir a um modelo “universalizado”, “unificado” de mulher, diante da pluralidade do que é ser mulher brasileira, atravessada por cores, posições sociais, representações culturais e sexuais?

Para representar essas opressões que atingem um determinado grupo, o termo interseccionalidade, ou seja, a intersecção das opressões são fatores que devem ser apontados e analisados de forma a buscar alternativas que contemplem as demandas desse grupo dentro de um grupo, das “diferenças” dentro das “diferenças”.

Ouvimos falar da emergência do debate de gênero, mas afinal o que é isso? Qual o significado de gênero nessa discussão? A relação de gênero se manifesta através de um processo de “distribuição desigual” de responsabilidades, alheias às vontades dos sujeitos, fazendo emergir critérios sexistas, classistas e racistas.

É comum ouvir a frase: “Na atualidade a mulher tem que ajudar o homem trabalhando fora”, mas de que mulher estamos falando? Porque a mulher sempre trabalhou em pé de igualdade para com os homens, especialmente as mulheres negras e pobres, seja na lavoura, seja nas casas, como empregadas domésticas, babás e etc. Deste modo, a ideia de “sexo frágil” aponta para que mulher? Em relação ao homem “provedor do lar”, “chefe de família”, de que homem estamos falando? Pois o homem negro no processo histórico, se igualava as mulheres e crianças, todos como “provedores” da subsistência de sua família.

Nós, mulheres negras, fazemos parte de um contingente de mulheres, provavelmente majoritário, que nunca reconheceram em si mesmas esse mito, por que nunca fomos tratadas como frágeis. Fazemos parte de um contingente de mulheres que trabalharam durante séculos como escravas nas lavouras ou nas ruas, como vendedoras, quituteiras, prostitutas... Mulheres que não entenderam nada quando as feministas disseram que as mulheres deveriam ganhar as ruas e trabalhar. Fazemos parte de um contingente de mulheres com identidade de objeto. Ontem, a serviço de frágeis sinhazinhas e de senhores de engenho tarados. Hoje, empregadas domésticas de mulheres liberadas e dondocas, ou de mulatas tipo exportação. Quando falamos em romper com o mito da rainha do lar, da musa idolatrada dos poetas, de que mulheres estamos falando? (CARNEIRO, 2003, p. 50).

No tópico anterior afirmamos que a história feminina não está separada da masculina. Agora, diante das argumentações, aponta-se que identidade da mulher negra se constrói na contramão - mas em articulação com - a identidade da mulher branca. Muitos são os desafios dessa população. As mulheres negras estão sendo “coagidas” a tornarem “matriarcas”, provedoras de suas famílias, ainda mais, no processo de emergência das famílias monoparentais femininas, onde são “abandonadas” por seus parceiros, tornando-se a principal responsável pelo sustento, cuidado, educação dos filhos, e muitos casos dos idosos. É o “poder às avessas” (FREITAS, 2008, apud TEIXEIRA, 2016) das mulheres, que se apropriam de um “sair” (PERROT, 1999) condicionado. É o “matriarcado da miséria”, como aponta Carneiro (2000).

Em relação às mulheres negras, acerca do mito do matriarcado negro - o desejo das mulheres escravizadas em se tornarem esposas -, aponta para a “única” diferença em relação às mulheres brancas, “as aspirações domésticas frustradas”. Desenhar a real história das mulheres que foram escravizadas “as

lições que ele pode reunir sobre a era escravista trarão esclarecimentos sobre a luta atual das mulheres negras e de todas as mulheres em busca de emancipação”, como aponta Davis (2016, p. 24).

O sair, conceito da historiadora Michelle Perrot (1991), significa ocupar os espaços antes não ocupado ou proibido às mulheres. A autora pontua diversos espaços que as mulheres passaram a ocupar, com intuito de negar os papéis socialmente atribuídos a estas, que delimitavam a uma relação de gênero, e acrescenta a esse processo a conquista de espaços que aumentaram a influência no contexto social. Nesse sentido, a autora aponta que “as mulheres souberam apoderar-se dos espaços que lhes eram deixados ou confiados para alargar a sua influência até as portas do poder” (PERROT, 1991, p.503).

Contudo, o “sair” das mulheres negras se deu de forma diferente em relação às mulheres brancas, como em diversas outras situações. Davis aponta que, compulsoriamente, “proporcionalmente, as mulheres negras sempre trabalharam mais fora de casa do que suas irmãs brancas”. Com requinte de crueldade, não havia “diferença” de gênero. Aponta-se que “a opressão das mulheres era idêntica à dos homens” (DAVIS, 2016, p.25).

As opressões e a “não diferenciação de gênero” resistiam até certo ponto. As mulheres negras estavam expostas a toda sorte de violência. Elas eram açoitadas e mutiladas da mesma forma que os homens, porém, acrescentava a esse rol de violências os estupros.

Mas as mulheres também sofriam de forma diferente, porque eram vítimas de abuso sexual e outros maus-tratos bárbaros que só poderiam ser infligidos a elas. A postura dos senhores em relação às escravas era regida pela conveniência: quando era lucrativo explorá-las como se fossem homens, eram vistas como desprovidas de gênero; mas, quando podiam ser exploradas, punidas e reprimidas de modos cabíveis apenas às mulheres, elas eram reduzidas exclusivamente à sua condição de fêmeas (DAVIS, 2016, p.25).

As desigualdades de gênero não eram explicitadas para não elevar o homem negro escravizado à categoria de “ser humano” (branco), “chefes de família”.

Uma vez que maridos e esposas, pais e filhas eram igualmente submetidos à autoridade absoluta dos feitores, o fortalecimento da supremacia masculina entre a população escrava poderia levar a uma perigosa ruptura na cadeia de comando. Além disso, uma vez que as

mulheres negras, enquanto trabalhadoras, não podiam ser tratadas como o “sexo frágil” ou “donas de casa”, os homens negros não podiam aspirar à função de “chefes de família”, muito menos à de “provedores da família”. Afinal, homens, mulheres e crianças eram igualmente “provedores” para a classe proprietária de mão de obra escrava (DAVIS, 2016, p 26).

As Mulheres eram tratadas da mesma forma que homens, todos trabalhadores, apenas em algumas situações, ultrapassavam a barreira e “encarnava” o papel de mulher (escrava sexual), e, em casos raros, mãe e esposa. Assim, a “crescente ideologia da feminilidade do século XIX, que enfatizava o papel das mulheres como mães protetoras, parceiras e donas de casa amáveis para seus maridos, às mulheres negras eram praticamente anomalias” (DAVIS, 2016, p.24).

Outra situação em que as mulheres negras entram em desvantagem é em relação à exaltação ideológica da maternidade que emergia no século XIX. As mulheres brancas traziam consigo o privilégio, ou não, da maternagem. Por outro lado, as mulheres negras escravizadas estavam no auge, como máquinas de produção de mão de obra escrava. Mas, como estas não “eram mulheres” e sim mão de obra escrava, durante a gestação e no puerpério esses “animais” retornavam aos trabalhos, sendo açoitadas se não cumprissem as cotas diárias.

Cabe aqui a abertura de um parêntese para trazer as reflexões de Kilomba (2010). As negras e negros vivem em um mundo eurocêntrico programado para alienação, decepção, onde a imagem atribuída a negritude não é real e muito menos positiva. A sociedade se acostumou e se acomodou a ver nas telas os heróis brancos e os negros como os vilões, os criminosos. Nesse processo somos forçados a nos identificarmos com uma identidade que não é nossa, a olhar para nós e não nos reconhecermos como em nosso lugar e sim no “lugar delas(es)”. Assim, a negra e negro desenvolvem uma relação alienante consigo mesma (o), sendo colocado como o “outro”.

Nesse sentido, “no mundo conceitual *branco*, o sujeito negro é identificado como o *objeto ‘ruim’*, incorporando os aspectos que a sociedade branca tem reprimido e transformando em tabu, isto é, agressividade e sexualidade” (KILOMBA, 2010, p. 174). Esse debate traz à tona a situação de que no cotidiano, simples, superficial, sem análise, não estamos tratando com

o “sujeito negro”, mas com as representações que o imaginário branco cria. Espera-se que as (os) negras (os) sejam selvagens, serviçais, prostitutas, putas, criminosos, traficantes. “Que dor, estar preso (a) nesta ordem colonial”. (KILOMBA, 2010, p. 175). Assim, a autora afirma que:

Fanon⁵ utiliza a linguagem do trauma, como a maioria da pessoas negras quando falam sobre experiências cotidianas de racismo, indicando um doloroso impacto corporal e a perda característica de um colapso traumático, pois no racismo o indivíduo é cirurgicamente retirado e violentamente separado de qualquer identidade que ele/ela possa realmente ter.[...] Para diminuir o choque emocional e a tristeza, o sujeito Negro diria: “Nós estamos de fato tirando o que é deles(as)” ou “eu nunca experienciei racismo.” A recusa é frequentemente confundida com *negação*. (KILOMBA, 2010 p.178)

Essa dificuldade em aceitar aparece acompanhada da culpa, onde cresce o conflito acerca de algo que não deveria ter feito, acredita não estar no lugar correto, no "seu lugar". No tocante às mulheres negras, Kilomba (2010) aponta que existe uma hierarquia racial e de gênero nessa sociedade eurocêntrica. O homem branco é o padrão, o universal, seguido da mulher branca, o homem negro e a mulher negra. A mulher é o “outro” em relação ao homem e a mulher negra é o “outro” de ambos. A mulher negra é o outro do outro, posição que a coloca num local de mais difícil reciprocidade.

Nesse esquema, a mulher negra só pode ser o outro, e nunca si mesma. [...] Mulheres brancas tem um oscilante status, enquanto si mesmas e enquanto o “outro” do homem branco, pois são brancas, mas não homens; homens negros exercem a função de oponentes dos homens brancos, por serem possíveis competidores na conquista das mulheres brancas, pois são homens, mas não brancos; mulheres negras, entretanto, não são nem brancas, nem homens, e exercem a função de o “outro” do outro. (KILOMBA, 2008, p.124).

Um fato importante que deve ser levado em consideração é que mulheres brancas e os homens negros podem ser vistos como sujeitos em dados momentos, pois, as mulheres, embora sejam sujeitas femininas, são brancas, e homens embora sejam negros, são homens. Agora a mulher negra então seria o outro absoluto como aponta Beauvoir (2005).

⁵Francês nascido em Fort-de-France, Martinica em 20 de Julho de 1925. Mestiço, de classe média. Como psiquiatra, filósofo, cientista social e revolucionário, Frantz Fanon é um dos pensadores mais instigantes do século XX. Sua obra influenciou diversos movimentos políticos e teóricos na África e diáspora africana. Dono de obras como: Os condenados da terra; Pele preta, Máscaras brancas, dentre outras obras.

Kilomba avança para além das reflexões de Beauvoir, onde aponta o modo de ser mulher de uma forma “universal”, ou seja, as mulheres brancas em relação ao homem. “Há esta anedota: uma mulher negra diz que ela é uma mulher negra. Uma mulher branca diz que ela é uma mulher. [...] E acreditem em mim, não existe uma posição mais privilegiada do que ser apenas a norma e a normalidade”, nas palavras de Kilomba em palestra “Descolonizando o Conhecimento”⁶.

Salienta-se que a intenção não é ver o homem branco ou a mulher branca como indivíduos que devem ser combatidos, e inverter o papel do opressor, mas apontar o lugar social destes indivíduos, produzindo reflexões para um processo decolonial⁷ desse “outro”.

Outro estigma que pode ser apontado é a questão da sexualidade. Em relação à sexualidade e as representações das mulheres negras o regime da “verdade” como aponta Foucault (1985) forma o discurso para controle das sexualidades. Essas “verdades” nos “permitem” pensar a sexualidade das mulheres negras.

Heilborn (2006) aponta acerca da sexualidade da mulher negra que:

[...] Esse mito está presente também na divulgação de um tipo de propaganda do país, na publicidade do turismo, que promove, por exemplo, a imagem da mulata: uma mulher sexualmente muito liberada, “quente” e “fogosa”, o resultado da miscigenação de um homem branco com uma mulher negra. (HEILBORN, 2006, p.49)

Foucault (1985) expõe que a sexualidade é socialmente construída no processo histórico, de acordo com cada sociedade. Indo nessa direção, aponta-se que o Brasil ao se estruturar tendo por base relações escravistas e patriarcais traz rebatimentos sobre as representações da sexualidade das mulheres negras. As mulheres negras nesse processo tornam-se reprodutoras de representações negativas acerca de seus corpos. “O corpo negro é um

⁶Palestra “Descolonizando o Conhecimento”, apresentada durante a MITsp, no dia 6 de março, no Centro Cultural São Paulo. Disponível em: <http://mitsp.org/2016/em-palestra-performance-grada-kilomba-desfaz-a-ideia-de-conhecimento-universal/>. Acessado em 15/12/2018.

⁷ “Decolonialidade consiste numa prática de oposição e intervenção. São ações que enfrentam a modernidade eurocentrada através de uma multiplicidade de respostas críticas decoloniais. É o reconhecimento de múltiplas e heterogêneas diferenças coloniais, assim como as múltiplas e heterogêneas reações das populações e dos sujeitos subalternizados à colonialidade do poder”(COSTA e GROSFUGUEL, 2016). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922016000100015

outro para o self do negro, na medida que se constitui como representação alienada de si, reflexo perverso da dominação branca”. (PINHO; 2004, p.8)

Diante do exposto, falar sobre a sexualidade da mulher negra no Brasil, (re)projeta o passado escravista. Essa construção de sexualidade escravista serve como base de legitimação da “exploração masculina branca e o estupro das negras”. Nesse sentido, “[...] essas representações incutiram na consciência de todos a ideia de que as negras eram só corpo sem mente. A aceitação cultural dessas representações continua a informar a maneira como as negras são encaradas” (HOOKS, 1995, p.469). Aquele corpo negro, sem alma, estupro pelos “senhores” e odiados pelas “sinhazinhas”.

Assim, as demandas das mulheres não estão condicionadas apenas romper com as desigualdades históricas atribuídas aos papéis da mulher na sociedade em relação ao homem. Exige, também, o rompimento com o sistema de opressão, marcado pela discriminação racial, dentre outros sistemas (como o de classe) que aprisionam os direitos das mulheres.

Apontar as diferenças dentro do próprio movimento é de suma importância. Vale ressaltar que o feminismo não se apresenta de forma hegemônica na sociedade, nos discursos ideológicos, até mesmo nas falas das mulheres, em muitos casos, reforçam um discurso conservador, que desconsidera toda a luta da mulher, das (os) negras, lésbicas, dentre outras, no processo de conquista de seus direitos, de seus espaços, seu lugar de fala.

Diante do caminho percorrido até aqui, do processo interseccional que perpassam as relações de gênero e raça, aponta-se a necessidade de fuga de hierarquização das opressões. E que elas atingem determinados sujeitos de formas diferentes é inegável, assim, apontamos a necessidade de reflexão das opressões, e como estas atingem os sujeitos em suas vivências em sociedade, tendo por base um objeto como referencial. Diante disso, “não posso me levantar”, como fez Rosa Parks⁸.

Diante desse contexto desenhado, no que concerne a questão interseccional das opressões que atingem às mulheres, pensar os sujeitos

⁸Rosa Parks, mulher negra, ativista do Movimento Negro nos Estados Unidos. Em 1955 recusou-se ceder lugar no ônibus para um homem branco. Isso culminou em uma grande mobilização da classe trabalhadora negra, resultado na declaração de inconstitucionalidade da lei de segregação. Maiores informações disponíveis em: https://www.ebiografia.com/rosa_parks/

envolvidos no processo de implementação de políticas públicas faz-se um trajeto importante, levando em consideração que nenhuma posição é neutra, e que a maior ou menor intervenção dos sujeitos dá direcionamento político à construção dos documentos governamentais.

CAPÍTULO II – SUJEITOS E MOVIMENTOS SOCIAIS NA CONTRUÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE PARA MULHERES

Pensar o papel dos movimentos e como eles interferem na construção de políticas é atentar para as formas de subjetivação de práticas que se legitimam no cotidiano. Essas práticas moldam as relações sociais. Afirmamos que o campo da saúde da mulher é um espaço de construção e reconstrução de conceitos e práticas. Os discursos que forjam as práticas em saúde da mulher explicitam “verdades” que sustentam o olhar sobre o corpo feminino.

Assim, apontamos os discursos presentes nas políticas públicas em saúde como um campo de produção de sujeitos que se articulam a novos aspectos interseccional, constituindo distintos modos de subjetivação dos sujeitos envolvidos. Discursos são práticas que constroem sujeitos, corpos e formas de existência.

Ao analisarmos os discursos sobre saúde da mulher, devemos nos atentar para o fato de que a dinâmica desta constituição envolve questões relacionais de gênero e raça, posicionamento dos documentos, dos movimentos sociais, sexualidade, maternidade, regionalidades, entre outros.

O corpo como uma construção social é atravessado por múltiplos discursos. Vencer os “regimes de verdade” que marcam determinadas formas de ser mulher é vencer a dinâmica biológica do corpo, é pensar a saúde da mulher para além da gestação, útero e mama. É pensar a diversidade do que é ser mulher: branca, negra, indígena, lésbica, deficiente, rica, pobre, ou seja, o diverso da “sujeita mulher”.

Nesse sentido, trataremos uma discussão acerca do surgimento das políticas de atenção à saúde da mulher, explicitando as mobilizações da década de 1980, com ênfase nos direitos reprodutivos, parto e puerpério, apontando os desafios de pensar a saúde da mulher negra, e as categorias mulheres, gênero e saúde.

2.1 Mulher, gênero e saúde

Antes de entrarmos no debate acerca das políticas voltadas para mulheres, trataremos uma reflexão acerca da relação saúde da mulher e gênero. Rohden (2003) aponta que tratar dos assuntos relacionados à saúde da mulher

implica em um universo mais amplo do que a questão saúde/doença. Pensar uma saúde para mulher significa abertura para a discussão acerca do papel social da mulher e de sua diversidade. A vinculação do papel da mulher à maternidade aponta para uma preocupação maior acerca do período gestacional, questão que demarcaria a diferença entre os sexos. Nesse sentido, atribui papéis aos homens, destacando sua força e nas mulheres uma suposta fraqueza, decorrente do processo reprodutivo.

A relação de gênero aponta para os diferentes papéis sociais impostos a homens e mulheres, o que influencia e ocasiona diferentes percepções - que são naturalizadas - em relação saúde/doença. Sendo a mulher, socialmente, responsável por cuidar da família, incluindo as pessoas doentes, os idosos e crianças, esse processo pode gerar problemas de saúde relacionados a dupla e/ou tripla jornada de trabalho. Em muitos casos a visita ao médico é adiada diante dos diversos compromissos assumidos. “E a saúde do homem? O homem continua a ser um grande ausente quando se trata do atendimento” (FREITAS, 2018, p.65)⁹.

Em relação à família, Almeida (2018) aponta que a família é acionada pela política de saúde como suporte de seu “projeto terapêutico”. Afirma-se de acordo com Marshall que à família sempre foi dado um lugar no sistema de proteção social (CAMPOS e MIOTO, 2003). Refletindo particularmente sobre a experiência brasileira, é possível observar que, a partir dos anos 1970, a opção das políticas sociais recaiu sobre a mulher no grupo familiar.

É preciso lembrar o contexto vivido nos anos 1960 e 1970, um tempo de “boom” econômico e carência de mão-de obra; de emergência do movimento feminista e de liberação sexual; do desejo de reduzir e controlar o próprio tamanho da família. De várias formas, esses fatores colocaram ênfase na mulher — e na família, como parceira da emancipação feminina. (CARVALHO, 2007, p.268)

⁹ Cabe aqui uma nota acerca da saúde do homem. A construção da “invulnerabilidade” dos homens faz esconder e esquecer as necessidades desse grupo, e não apenas no sistema de saúde. Essa questão permeia à construção do gênero que perpassa concepções de masculinidade. Pensar em políticas de prevenção e promoção à saúde do homem demanda mudanças culturais e sociais importantes. Maiores informações acerca dos desafios de uma política específicas para a saúde do homem podem ser encontradas em Carrara; Russo; Faro (2009).

A década de 1990 ratificou a centralidade na família dentro do estado de bem estar. Centralidade não só na família (familismo¹⁰), mas principalmente no papel socialmente construído para a mulher. A família assume a centralidade na política de saúde, mas também na política de assistência em programas de transferência de renda. Esses benefícios protegem, porém, ampliam a responsabilidade, em especial das mulheres, reforçando a maternagem e a responsabilidade das mulheres em administrar o lar (TEIXEIRA, 2016).

A família se encontra na posição de sujeito ameaçado, como aponta Miotto (2003). A tradição familista no âmbito da política social apoia-se em dois pilares, para satisfazer a necessidade dos cidadãos: no mercado (de trabalho) e a família. Esse processo gera a privatização da maternidade e da infância; "a divisão sexual dos papéis sociais nas famílias está baseada num viés de gênero; e, por isso, a mulher tem um papel secundarizado e desvalorizado" (FREITAS, 2018, p.52).

Nesse sentido, faz-se necessário à formulação de política que vise a emancipação da família, principalmente, da mulher. Uma política "pró-família" deve ser "desmercadorizante" e "desfamiliarizante"¹¹ e permitir a conciliação de responsabilidades familiares, oferecendo serviços e cuidados aos membros dependentes. Serviços sociais de "desfamiliarização", oferecem suporte à família, através da intervenção do estado por intermédio de creches, cuidados domiciliares, socialização, ocupação do tempo das crianças e idosos (TEIXEIRA, 2015).

Ponderações a respeito do feminismo fazem-se necessárias nesse contexto. Nesse sentido Almeida (2017, p.20) destaca que "a história do feminismo também não pode ser pensada sem problematizarmos a relação com o Estado e a necessidade de formulação de políticas públicas para as lutas por igualdade e direitos das mulheres na construção da cidadania".

Se pararmos para analisar, as políticas que giram em torno da saúde do público feminino, em sua maioria, ainda apontam para a questão da mulher, e não em questões baseado no gênero: "Evidencia-se a restrição desse conceito frente à pluralidade das experiências de classe, raça, sexualidade e

¹⁰ O familismo aponta que a promoção de bem-estar deve ser viabilizada pelas famílias e demais redes privadas de proteção com a mínima intervenção do Estado. Maiores informações: Teixeira (2015).

¹¹ Maior responsabilização do Estado e do mercador na provisão do bem estar social.

colonialismo e considera-se que gênero produziu uma hierarquização entre mulheres dentro do próprio feminismo” (ALMEIDA, 2017, p.3).

A hierarquização entre as mulheres dentro de um movimento deve ser alvo de reflexões, como apontado no decorrer desse estudo. A hierarquização das opressões proporciona uma forma de ver o mundo através de uma lente celetista, excludente, dentro de um grupo de “iguais”. Esse processo, sem sombra de dúvidas traz repercussões no âmbito da saúde da mulher.

A luta feminista exige a reconstrução das complexidades constantemente, abrindo um leque para pensar as opressões que atingem as mulheres. É uma luta de mulheres que tem por intuito provocar o Estado para que ofereça políticas públicas que visem o rompimento com o modo de pensar e agir racista, classista, sexista e heterocentrado.

Diante dessas reflexões, aponta-se que no âmbito da saúde o corpo feminino é compreendido como diferente, marcado por diversas fases: “puberdade, gravidez, menopausa” (ALMEIDA, 2017, p.5). Nesse sentido, o corpo da mulher torna-se uma ameaça a ser controlada. Ameaça ao poder/saber médico, as técnicas academicamente, “friamente” construídas. Nesse processo, retira-se o poder-saber das mulheres e repassam para o saber médico.

A dinâmica do corpo no campo da saúde, aponta que o corpo da mulher em sua trajetória em se tornar o corpo masculino falhou, tornou-se incompleto nesse percurso. Almeida (2011, p.6) aponta que “[...] ao longo do tempo o corpo e o sexo foram interpretados, inventados. O corpo não é algo fixo, estável, porém, construído historicamente e, portanto, sujeito a novas narrativas.” Nessa direção, Almeida aponta que a área da saúde explicita os processos de naturalização do papel da mulher.

É no campo da saúde que se forjam e sustentam os laços naturais entre identidade feminina/comportamentos e funções corporais, com destaque para os eventos em torno da reprodução. De modo que a saúde é um campo poderoso de formulação da naturalização de processos históricos e sociais em torno do papel das mulheres, gerando-se enormes batalhas em direção à demonstração de evidências de que corpo, sexo e a própria ideia de diferença se constituem e são construídos histórica e culturalmente. (ALMEIDA, 2017, p.5)

A saúde representa um espaço de reprodução das “desigualdades naturais” entre feminino/masculino. Assim como no caso da raça, as mulheres tomam para si o símbolo, a imagem construída socialmente acerca do que é ser mulher. Nesse sentido, o corpo e a imagem feminina se reproduzem sob a lente do machismo, do poder /saber médico. Em relação a esse mundo “dado” às mulheres, posto como naturais. Freitas (2018, p.51) aponta que:

“Ter fome ou sede é natural; mas o que a gente come ou bebe e os artefatos que utilizamos para essas funções, tudo isso está na alçada da cultura. Somos seres que aprende. É, na família que a gente começa aprender ser homem e mulher: Depois esse aprendizado se estende a outros espaços, como a escola, mas não é só. São várias as instituições que vão, lentamente, ratificando essas representações, como a mídia, a religião, e - no que vai nos interessar mais de perto – os espaços da saúde.

Almeida (2017, p.07) aponta que “o corpo [...], sobretudo, constitui lugar de disputas políticas pelo seu controle. De um lado, médicos e tecnologias, de outro, feministas e experiências milenares de mulheres, como as parteiras e “bruxas” [...]”. Em relação às práticas das parteiras, faz-se ponto importante para pensar a violência obstétrica.¹²

Pensar a saúde da mulher ou mulheres, para além “das caixinhas” da moral e bons costumes, é um ato ousado, de desobediência à ordem. É pensar “a perspectiva do direito à autonomia das decisões relativas ao corpo, confrontando-se com a soberania do conhecimento técnico- científico da área.” (ALMEIDA, 2017, p.8). Este processo se complexifica nesses tempos temerosos de ataques aos direitos das mulheres brancas e negras, ricas e pobres, hétero e lésbicas, transexuais, dentre outras.

Reafirmamos que, política para mulheres não possui o mesmo significado de política de gênero. Por falar em atenção à saúde da mulher e gênero, apontamos que a década a qual iniciamos nosso debate, 1980, fala-se em mulheres e não em gênero. Nesse período o debate de gênero ainda não tinha sido apresentado no Brasil.

Quando centralizamos as políticas de gênero e saúde em um debate não queremos chamara atenção, exclusivamente, para as diferenças biológicas, mas para a dimensão social do adoecimento. Pensar a

¹² Ver Delfino, 2018.

transversalidade de gênero nas políticas públicas não é tarefa fácil. Por exemplo, "como discutir direitos reprodutivos sem a presença de homens? [...] e as questões específicas de homens e mulheres homossexuais?" (FREITAS, 2018, p.68). Segundo Freitas e Barros (2018, p.18) a questão de gênero deve necessariamente percorrer um caminho transversal que perpassa as variações culturais e a diversidade dos sujeitos.

Uma de suas principais vantagens teórico-metodológica na utilização do conceito de gênero está na necessária transversalidade que o caracteriza. Fazer uma análise a partir do gênero significa abertura para uma ampla gama de variações culturais buscando captar as vozes de mulheres e homens, negros, brancos, indígenas, jovens, crianças e velhos, ricos, pobres, camadas médias, heterossexual ou homossexual. É neste sentido que a interseccionalidade deve caracterizar o conceito. Gênero só ganha sentido quando articulado com as dimensões de classe, etnia, geração, etc. E isso será central também para pensar os cotidianos familiares.

Cabe aqui uma reflexão acerca das categorias mulher, mulheres e gênero. De acordo com Soihet e Pedro (2007), a década de 1980 iniciava a discussão acerca de temas relacionados às categorias 'mulher', 'mulheres' e 'condição feminina'. A questão de gênero ainda não estava inserida nas discussões no Brasil.

Na década de 1990, através da obra da historiadora Joan Scott, intitulado "gênero: uma categoria útil de análise histórica" é que passou a ser introduzido a categoria de análise gênero, no Brasil. No entanto, as reflexões acerca do tema não se restringiram a essa obra. Historiadoras brasileiras, também, se debruçaram sobre o debate acerca do tema. "Além de pesquisas que se aventuraram pela categoria 'gênero', outras continuaram a discutir a 'mulher', ou ainda 'mulheres'" (SOIHET E PEDRO,2007, p.282).

[...] Maria Odila Leite da Silva Dias já havia publicado, em 1984, o seu livro Quotidiano e poder em São Paulo no século XIX, e nele a categoria 'mulheres' estava presente.[...] Rachel Soihet, em Condição feminina e formas de violência: mulheres pobres e ordem urbana, 1890-1920; Eni de Mesquita Samara, As mulheres, o poder e a família: São Paulo século XIX; Magali Engel, Meretrizes e doutores: saber médico e prostituição no Rio de Janeiro (SOIHET E PEDRO,2007, p.282).

A análise da categoria gênero marca a passagem dos "estudos da mulher" para "estudos de gênero". Esse processo marca tanto a ultrapassagem de um olhar taxativo em relação ao "indivíduo mulher", para uma pluralidade

“mulheres”, dando destaque as assimetrias de poder e “destacando três dimensões de análise: social, relacional-comparativa e ético-política”. (ARAÚJO, SCHRAIBER, COHEN, p.4). Análises categoria gênero no âmbito da política de saúde aponta para o princípio da equidade preconizado na Constituição cidadã e na regulamentação da política, como também no entendimento de que existe uma construção dos papéis de gênero e uma naturalização dessa construção que não é questionada, na maioria das vezes, pelos formuladores e implementadores da política.

2.2 Relações de gênero e raça e seus impactos na construção de políticas públicas de atenção à saúde da mulher.

Pensar os sujeitos e a construção das políticas de atenção à saúde da mulher, entender como esses sujeitos se articulam, confluem no processo de formulação e execução das políticas torna-se um movimento essencial, tendo em vista que as ações e estratégias são moldadas pelos atores sociais sejam eles governamentais ou não. Entender esse processo faz-se um movimento de suma importância, para pensarmos a construção de políticas e que envolve diversos sujeitos, como o Estado, a gestão, os movimentos, etc.

De acordo com Touraine (1992, p.393) o sujeito não “nasce pronto” ele é fruto do processo de trabalho no qual o indivíduo transforma-se em ator. É o “desprendimento da imagem do indivíduo criada pelos papéis, pelas normas, pelos valores da ordem social”. É ao mesmo tempo liberdade e memória, pertencentes às tradições culturais. O sujeito tende ser aprisionado em crenças que retira de si a liberdade de agir, e a transformação em ator permite romper esse obstáculo. “O ator não é aquele que age em conformidade com o lugar que ocupa na organização social” (p.220).

Assim, sujeito é todo aquele que faz emergir o desejo de ser protagonista, ator de sua própria história. É “aquele que modifica o meio ambiente material e, sobretudo, social no qual está colocado, modificando a divisão do trabalho, as formas de decisão, as relações de dominação ou as orientações culturais” (TOURAINÉ, 2002, pp. 220-221).

Tornar-se sujeito, ator de sua realidade faz-se um processo de suma importância para emancipação dos processos alienantes, das construções

históricas hegemônicas, discutidas ao longo do capítulo. A articulação entre os sujeitos que apresentam demandas semelhantes, o movimento coletivo, é o que pode fazer emergir as demandas antes naturalizadas. Com relação aos sujeitos, podemos apontar a importância das mulheres (brancas e negras, cis, trans, pobres, ricas, portadoras de deficiências) no processo de formação e implementação das políticas de atenção à saúde feminina. Nesse sentido, abordaremos alguns avanços conquistados pelos movimentos das mulheres – em especial das mulheres negras – em articulação com outros movimentos sociais, fazendo emergir o protagonismo das mulheres, nos diversos espaços de militância.

No tocante as identidades dos sujeitos Hall (2003, p. 342-6) ao discutir as identidade e mediações culturais negra, aponta que a naturalização da discriminação:

Des-historiciza a diferença, confunde o que é histórico e cultural com o que é natural, biológico e genético. No momento em que o significante “negro” é arrancado de seu encaixe histórico, cultural e político, e é alojado em uma categoria racial biologicamente constituída, valorizamos, pela inversão, a própria base do racismo que estamos tentando desconstruir.

Para Castells (2001, p.22), identidade é “o processo de construção de significado com base em um atributo cultural, ou ainda um conjunto de atributos culturais inter-relacionados no qual prevalece sobre outras fontes de significados”. Essas identidades se organizam de forma a estabelecer relações de poder.

O autor aponta que existem três tipos de identidades, a saber, as identidades legitimadoras fazem-se hegemônicas por intermédio das instituições no processo de legitimação da dominação; as identidades de resistência emergem no processo de enfrentamento por parte dos atores sociais submetidos à dominação; e as identidades de projetos, são resultado de lutas coletivas no interior do processo político. Nesse sentido, a identidade de um sujeito apresenta-se multifacetada, perpassada por especificidades que demarcam o lugar que esse indivíduo se insere no processo político decisório.

Diante dos apontamentos, não podemos negar que as ações referentes à igualdade racial estão sendo postas nos debates e agendas políticas. Contudo, ainda nos resta muita luta e reafirmação das diferenças, no processo

de gestão e implementação das políticas públicas para que haja efetividade nas ações com caráter estruturante e universal.

De acordo com as reflexões de Nanci Fraser (2002) para que isso aconteça faz-se necessário o reconhecimento da diferença, participação dos movimentos, investimentos de recursos, a atuação de uma justiça que articule o reconhecimento e a distribuição. Com isso, nos apropriamos das reflexões de Oliveira (2016), quando afirma que a questão racial ocupa ainda, em tempos modernos, os subterrâneos da institucionalidade.

Assim, aponta-se que a efervescência dos movimentos sociais da década de 1980, em pleno processo de transição democrática, fez emergir uma nova fase do movimento de mulheres, bem como do movimento negro. O engajamento das mulheres no meio político propiciou a criação de um conselho Nacional e estaduais para debater os direitos das mulheres, em 1985. Em relação à política de saúde, nosso tema, vale ressaltar que em 1983 foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). A presença de lideranças femininas, representações no legislativo dos Estados e Municípios, o apoio de sanitaristas feministas propiciou uma ênfase sobre a questão da saúde da mulher (COSTA, 2007).

No âmbito da 8ª Conferência Nacional de saúde, em 1986, onde discutiu-se o projeto da reforma sanitária, a participação marcante das mulheres possibilitou o desvendamento das especificidades da saúde da mulher o que proporcionou a convocação da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher. As resoluções da Conferência foram transformadas em documento de cunho político chamado de "A Carta das Mulheres Brasileiras" que reafirmou a necessidade e centralidade da saúde nos debates no interior dos movimentos. A carta apoia-se em dois argumentos: a saúde como direitos de todos e dever do Estado; e o direito da mulher de atenção à saúde para além do período gestacional.

Neste sentido, refletindo as pautas da 8ª conferência, no mesmo ano, em 1986, acontece a I Conferência Nacional de Saúde e direitos da Mulher, organizada pelo Conselho Nacional de Direitos da Mulher, com apoio de mulheres de diversos Estados brasileiro, reafirmando os princípios e diretrizes que nortearam o PAISM (COSTA, 2009). Destaca-se a importância e articulação das conferências no processo de construção das políticas.

Outra vitória do movimento das mulheres foi a participação na constituição Federal de 1988, por meio de emendas substitutivas, que provocou a mudança na questão do planejamento familiar, passando a ser considerado “livre a decisão do casal” (COSTA, 2007).

O movimento feminista participou ativamente das lutas em prol da atenção à saúde da mulher. Mesmo após a criação do PAISM aluta continuou, em favor de modificação da atenção à saúde com ênfase na maternidade, o que culminou na criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em 2004, que apontava para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, como também, as questões de desigualdades de gênero como relevante nas condições de saúde das mulheres.

Em relação às políticas voltadas para atenção à saúde da mulher, como qualquer outra política, os atores que participam da formulação e da implantação desta política deram a direção e a forma como a política atingirá o público alvo, e qual ênfase será dada a esse processo. A respeito dos processos que envolvem a formulação e implementação de uma política pública é importante afirmar que são perpassadas por conflitos e contradições, disputas de interesses e correlações de forças, o que faz emergir, embora não de forma tão explícita, as diferentes visões de mundo e percepções sobre a realidade (PAIVA, 2016).

Nesse contexto, Lindblom (1981) aponta que a implementação modifica as políticas e cria novos temas para inclusão na agenda. Os indivíduos, os atores constroem identidades, assumem interesses diversos, de classe, corporativos, de grupos, individuais e até específicos. Nesse processo de “decifrar” a Política deve-se levar em consideração essas identidades, esses interesses.

Quanto aos sujeitos envolvidos Kingdon (1984) aponta que os sujeitos podem ser “governamentais” ou “não governamentais”, governamental quando envolve os poderes Executivo, Legislativo, Judiciário, não excluindo os servidores públicos, já os “não governamentais” são compostos por atores políticos que não fazem parte do poder formal do Estado, envolvendo grupos de interesse, acadêmicos, partidos políticos, a mídia, dentre outros que exercem um poder “invisível” sobre a forma de pensar e implementar uma política.

Em se tratando de como os atores se envolvem nos estágios de “pré-decisão”, antes do tema entrar na agenda governamental, e no estágio de “decisão”, quando os atores envolvidos já analisaram e selecionaram as alternativas para o enfrentamento da demanda e elaboraram as políticas em si. Nesta direção, o movimento feminista e movimento negro caracteriza uma “corrente de política” que se articulou em torno da ação político-institucional.

Destacar os sujeitos que participaram da construção da política de atenção à saúde da mulher faz-se um movimento importante para entendemos sua configuração na atualidade, os conflitos que perpassaram e ainda perpassam sua implementação.

Frequentemente as análises ignoraram que os principais atores nos movimentos populares eram, de fato, atrizes. A história desses movimentos é também a da constituição das mulheres como sujeito coletivo, em que estas deixam a esfera privada e passam a atuar no espaço público, tornando públicos temas até então confinados à esfera privada (SOUZA-LOBO, 1991, p.35).

Nesse contexto, é importante destacar a participação das mulheres na construção do programa que significou um marco na atenção à saúde da mulher, o PAISM. Lemos (2011) realizou uma pesquisa com sete mulheres de diversas categorias profissionais que vivenciaram esse processo. As participações na formulação do Programa se deram por formas variadas. Algumas por fazerem parte do movimento feminista, outras por receberem convites por sua experiência com a temática e/ou por interesse pessoal. Todas passaram por cargos de assistência direta, chefias e coordenações diretas ou indiretas no PAISM (LEMOS, 2011, p. 223).

A autora aponta que apenas uma profissional, das citadas, continuou trabalhando no treinamento de pessoas para atuar no Programa. As demais foram demitidas de forma humilhante e/ou pediram exoneração, por não pactuarem com a interpretação dada ao processo de implementação do PAISM, diferente do preconizado na formulação do programa.

[...] Foi absolutamente traumática, foi uma ferida que demorei anos para cicatrizar [...] eu não dava este caráter de negociação política e obviamente o novo ministro quer dar uma nova feição [...] e na verdade colegas do próprio grupo já tinham negociado as nossas saídas [...] mas eu queria pelo menos terminar o material [...] e Cris disse: Kátia você não entendeu, você foi mandada embora... saí numa derrota ética (entrevistada 3, apud LEMOS, 2011, p. 223).

Nas falas de uma das entrevistadas, que participou em cargo de coordenação na implantação do PAISM, aparece o jogo político e ideológico (como demonstrado na citação acima) que perpassou a implementação do Programa, ações inacabadas, que deram um novo direcionamento político ao PAISM. Os conflitos de interesses ficaram claros nas falas das profissionais, o descontentamento e decepção também.

No que concerne ao PAISM em relação aos pontos positivo do Programa, as profissionais apontaram três pontos que se articulam entre si. O primeiro está relacionado à proposta de reflexão do profissional acerca da saúde da mulher, o que pode trazer mudanças na relação hierárquica do poder/saber médico; o segundo a atenção a saúde da mulher de forma integral, sendo favorecida as capacitações por incentivo do Ministério da saúde e demais organizações.

E por último, a importância da incorporação dos movimentos, principalmente, de mulheres no processo de formulação do Programa. Com a participação do movimento feminista foram criadas formas de capacitação dos profissionais, incluindo processos educativos tendo por base a produção do educador brasileiro Paulo Freire. "A concepção freiriana de educação se afirmava como ato político, humanista, capaz de problematizar e possibilitar a libertação pessoal" (LEMOS, 2011, p.225).

Os relatos apontam dilemas, paradoxos, trazidos pelos sujeitos envolvidos na formulação do Programa. Se por um lado havia fortes influências dos ideais feministas, por outro, as diretrizes do Ministério de saúde para implementação do planejamento familiar, era uma ordenança do Fundo Monetário Internacional (FMI).

Quanto aos pontos negativos, as entrevistadas relatam que a resistência e preconceito por parte de alguns profissionais, principalmente os médicos, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), responsável pela implementação do Programa. Destacam, também, as "ações restritas a contracepção; e resistência de parte do movimento de mulheres por ser um Programa do período da ditadura." (LEMOS, 2011, p.224). A questão da mulher negra não aparece nesse cenário.

Deste modo, prevaleceu o caráter de ênfase aos métodos contraceptivos. Os discursos das profissionais e as reflexões da autora apontam que o Programa foi um avanço significativo, porém, explicita-se a lacuna existente entre a formulação e implementação do PAISM, a não aceitação de alguns profissionais e o protagonismo do Movimento Feminista, em pleno período de Ditadura militar (CARNEIRO, 2003).

Assim como Movimento Feminista, o Movimento Negro emerge nos anos de 1970, atravessado pela ditadura militar, clamando por redemocratização e cidadania. Em 1978 cria-se o Movimento Negro Unificado, em São Paulo, em resposta ao processo discriminatório por atletas negros, e em relação à morte de um trabalhador negro. O objetivo do movimento era denunciar o racismo, lutar por melhores condições de vida, trabalho, contra a violência policial, dentre outras. Portanto, esse Movimento deixa de fora as causas das mulheres negras, que participavam apenas como coadjuvantes, onde as demandas das mulheres em relação à raça, gênero não era um problema discutível dentro do movimento. Deste modo, “acabaram produzindo formas de opressão internas, [...] silenciaram diante de formas de opressão que articularam racismo e sexismo, posicionando as mulheres negras em uma situação bastante desfavorável” (RODRIGUES e PRADO, 2010, p.35).

Nesse sentido, o ideal de igualdade pregado tanto dentro do Movimento Feminista, quanto no Movimento Negro fez emergir um Movimento partindo do gênero e da raça fazendo emergir as especificidades das mulheres negras dentro dos movimentos, não sem conflitos e rupturas. Como aponta Carneiro (2003) fez-se necessário “enegrecer” o Movimento Feminista e “sexualizar” o movimento negro, reconhecendo as “diferenças” dentro das “diferenças”, ou “igualdades” entre os sujeitos.

Em relação à saúde o feminismo negro trouxe grande contribuição, colocando na agenda os direitos reprodutivos e as diferenças em relação saúde/doença que atingem as mulheres negras. A luta por inclusão da cor nos sistemas de classificação ainda continua como entrave na identificação dos dados relacionados à população negra, pois os profissionais de saúde não compreendem como “dato epidemiológico essencial”, caracterizando objeto de ação política (CARNEIRO, 2003). Esse episódio aponta para um fato, a ausência do dato demonstra um posicionamento político.

O processo de esterilização, principalmente, das mulheres negras e de baixa renda, é outro tema incluído na agenda do Movimento. As mulheres não encontravam métodos contraceptivos disponíveis, alternativos, de tal modo, “optaram” por intervenções cirúrgicas irreversíveis para controle de natalidade. As mobilizações culminaram no projeto de lei n. 201/91, regulamentando o processo de esterilização (CARNEIRO, 2003).

Carneiro (2003) acrescenta aos itens citados a luta por um programa de atenção da anemia falciforme, que se apresenta, principalmente, nas mulheres negras, de forma hereditária: “as ações por políticas públicas para a atenção aos portadores dessa doença de ativistas negras e outros atores da área da saúde resultaram no Programa de Anemia Falciforme do Ministério da Saúde – PAF-MS” (CARNEIRO, 2003, p.124). Inclui-se, também, outras lutas como mortalidade materna das mulheres negras, que são doenças “previsíveis” que emergem no período gestacional. Assim,

Na década de 1990, o governo federal passou a se ocupar do tema, em atenção às reivindicações da Marcha Zumbi dos Palmares, realizada em 20 de novembro de 1995, o que resultou na criação do Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra/GTI e do Subgrupo Saúde. Em abril do ano seguinte, o GTI organizou a Mesa Redonda sobre Saúde da População Negra, cujos principais resultados foram: a) a introdução do quesito cor nos sistemas de informação de mortalidade e de nascidos vivos; b) a elaboração da Resolução 196/96, que introduziu, dentre outros, o recorte racial em toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos; e c) a recomendação de implantação de uma política nacional de atenção às pessoas com anemia falciforme (PNSIPN, 2009, p.10).

O século XX, avançando para século XXI fez-se palco para grande mobilização da população negra, buscando um “pacto civilizatório”, a construção de um projeto societário, apontando para uma real igualdade de direitos, em uma dimensão universal. “Entre as décadas de 1930 e 1980, eclodiram no mundo inúmeros movimentos sociais que manifestaram aos chefes de Estado a insatisfação dos negros em relação à sua qualidade de vida” (PNSIPN, 2009, p.19).

Diante do exposto, apontamos diversos avanços em relação à questão do negro no Brasil. A tipificação do racismo como crime inafiançável, preconizado na Constituição Federal 1988 e regulamentação com a Lei nº 7.716/1989; a marcha de 300 anos de zumbi dos Palmares, que forçou o governo a reconhecer, oficialmente o racismo no Brasil (1995); a III

Conferência Mundial contra o Racismo, Xenofobia e Formas Correlatas de Intolerância, realizado na África do Sul, em 2001, onde brasileiros participaram, visando à implementação das ações afirmativas que atendam as demandas dos negros e negras (MADEIRA, 2014).

A criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), pela Lei n.º 10.678, em 2003, caracteriza outro avanço. “No encerramento do I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, foi assinado Termo de Compromisso entre a SEPPIR e o MS, referenciado nas formulações advindas de ativistas e pesquisadores negros [...]”(PNSIPN, 2009, p.20). Dessa forma, nos anos 2000 apontamos como um grande avanço em relação à saúde da população negra a aprovação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Não podemos esquecer atuação das mulheres negras na Marcha de 2015, em Brasília, contra o racismo, mobilizado pelo feminismo negro, expondo as especificidades que cercam e perpassam as mulheres negras. Diante das reflexões tecidas, não podemos negar que todas as iniciativas citadas significam grande avanço, porém, a discussão de raça/etnia ainda necessita de debates aprofundados acerca das especificidades que atravessam a questão da raça no Brasil e suas implicações.

Destarte, aponta-se que muitos são os desafios no processo efetivação do direito de atenção integral à saúde da mulher. Desnaturalizar os processos historicamente enraizados, da relação horizontalizada entre os profissionais de saúde, principalmente, entre poder/saber médico e a mulher, demanda tempo e muita articulação e mobilização dos movimentos sociais, atentando para especificidades, para as “micros” opressões, dentro das opressões.

2.3 Política de Atenção à saúde da mulher no Brasil

No Brasil, cabe aqui apontar a precariedade de atenção à saúde da mulher, dando ênfase ao período gestacional. A saúde das mulheres brasileiras passou ser alvo de algumas intervenções a partir do final do século XVIII. Mas apenas no início de século XX essa pauta passou ser incluída nas políticas nacionais de saúde, especialmente, no período gestacional.

Aponta-se que a atenção à saúde da mulher relacionada, principalmente, ao período materno reprodutor, torna-se um processo excludente, pois não aponta as especificidades condicionantes do processo saúde-doença, como também de que “tipo” de mulher fala-se. E, da mesma forma, exclui os homens desse processo, acentuando ser este um assunto feminino. E mantém a ideia de que a mulher é restrita ao seu aparelho reprodutor.

A relação saúde–doença não é linear, apresenta oscilações em um espaço de tempo de acordo com o contexto econômico, social e cultural de cada região (LAURIELL, 1982). Por isso, aponta-se que as desigualdades econômicas sociais e culturais tornam-se indicadores no processo de adoecer. A Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento (CIPD), realizada em 1994, expõe que a questão da saúde da mulher vai para além da ausência de doença e do período reprodutivo ao afirmar: é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não apenas mera ausência de doença ou enfermidade.” (CIPD, 1994, p.62)

A saúde da mulher, compreendida como ausência de patologias, associado ao sistema reprodutivo exclui das intervenções, das formulações de programas e políticas sociais os direitos sexuais, como também questões relacionais de gênero (COELHO, 2003). Acrescentar a questão da dupla jornada de trabalho no processo de formulação e implementação das políticas sociais é de suma importância, pois esse processo agrava consideravelmente os indicadores de saúde entre as mulheres.

Caminhando nessa direção aponta-se que ter por base as questões de gênero no âmbito da saúde é discutir como as relações de feminilidade e masculinidade são construídas socialmente, e como isso afeta as intervenções sobre a saúde da mulher. “Mulheres e homens estão expostos a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte” (BRASIL, 2004, p.13).

A inserção da perspectiva de gênero nos documentos governamentais, como também nas ações cotidianas visa amenizar as disparidades inseridas nos tratamentos dispensados a saúde integral da mulher. A Atenção às especificidades visa minimizar o abuso de poder, que adensam outras formas de discriminação, o que potencializa os níveis de riscos à saúde.

De acordo com Schraiber (2001), a inserção da discussão de gênero nos serviços de saúde possibilita a elaboração de respostas coletivas às demandas apresentadas no cotidiano. Permite, também, identificar as relações de poder que estão inseridas nas relações familiares.

Uma publicação de 1981 de estudos sobre a saúde da mulher descobriu que, em relação ao estudo sobre mulheres, havia duas vezes mais pesquisas sobre mulheres relacionadas ao parto e criação de filhos do que a outros problemas de saúde. (SCHIENBINGER, 2001).

Vale destacar que a falta de ações efetivas em prol da saúde da mulher e a fragilidade do Ministério da saúde em tratar das questões que giravam em torno do planejamento familiar deixou uma lacuna que foi preenchida por ações privadas e controladoras como é o caso da Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) e o Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIME) foram as de maior relevância. A BEMFAM foi criada em 1965, entidade sem fins lucrativos, com sede no centro do Rio de Janeiro. A sociedade criou diversas clínicas de distribuição de anticoncepcionais para pobres, em diversos estados, distribuição de métodos contraceptivos sem critérios e sem o monitoramento clínico, principalmente na região do Nordeste (COSTA,2009).

O CPAIME, financiado por agências estrangeiras, promoveu a consolidação da ideologia contraceptiva intervencionista no meio médico, subsidiando atividades na realização de esterilização cirúrgica.

No endurecimento da ditadura militar brasileira nos anos setenta, reforça-se o discurso da segurança nacional ameaçada pelo grande contingente de pobres e numerosas famílias, presas fáceis para a propaganda de ideias subversivas". Fica ressaltado, ainda, o recrudescimento de ideias eugênicas expressas, por exemplo, na declaração do General Valdir Vasconcelos, em 1982, sobre a condição de sub-raça de brasileiros que não atingiam as mínimas condições físicas e de saúde exigidas para o ingresso no serviço militar, indicando, segundo ele, a premência de controlar nascimentos desta subespécie (COSTA, 2009, p.1075).

Todo esse processo passa provocar indignação de diversos atores sociais. Assim, mesma ainda com articulações frágeis, os movimentos feministas brasileiros começaram introduzir o debate aponta para a autonomia da mulher em relação à procriação. Esta conjuntura impôs atitudes ao governo e cumpre reconhecer que as fontes inspiradoras destas mudanças nas políticas de saúde da mulher que resultaram no PAISM (COSTA, 2009, p.1076). O

PAISM põe no centro das discussões a relação método contraceptivo versus esterilização.

Nesse sentido, tendo por base a articulação e mobilização do movimento de mulheres, foi implementado, como já falamos, em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que tinha por intuito permitir acesso dessa população aos métodos contraceptivos, prevendo a integralidade de assistência e ações educativas, preventivas e de promoção, como de assistência ao período gestacional. Prevalecendo nesse debate acerca do direito à saúde e autonomia das mulheres e dos casais sobre o planejamento familiar.

O PAISM trouxe consigo princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços. Assim como o atendimento integral, pelo viés da integralidade e equidade, pautado nas mobilizações do Movimento Sanitário e Movimento de mulheres, que apontavam para a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Não podemos negar que:

O PAISM é reconhecido na história do feminismo na saúde como um marco nas lutas pelos direitos das mulheres. O Programa visa romper com as ações médicas exclusivas ao período gravídico-puerperal, dando atenção a todos os ciclos da vida feminina, inclusive a menopausa e as situações de maior incidência de câncer entre as mulheres. Além disso, o programa torna central o debate da sexualidade na assistência às mulheres, independente da reprodução. Introduce a perspectiva de integralidade das ações em saúde da mulher, destacando que discursos não médicos são saberes que devem ser considerados para a produção dos cuidados em saúde. Isto ficará presente nas ações educativas que serão o eixo central da perspectiva de intervenção junto às mulheres, mas também nas lutas pela humanização do parto e pelo direito à informação sobre o seu corpo e as decisões que lhe afetam (ALMEIDA, 2017, p.11).

A implantação e implementação do PAISM apresenta particularidades nos anos de 1984 a 1989, e na década de 1990. No entanto, esse programa deu ênfase à questão do planejamento familiar, sendo a ideia promovida por grupos de igrejas, instituições e profissionais de saúde (ALMEIDA, 2017).

A década de 1980 fica marcada a luta pelo direito de escolha em relação ao planejamento familiar, sendo livre a decisão do casal e responsabilidade do Estado zelar por essa escolha. Na década de 1990 o debate se acirra nos encontros de mulheres em vários países, sendo influenciado pelas diretrizes do

SUS, no processo de municipalização e reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família.

A partir de 1984, inicia-se a distribuição de documentos para nortear as Ações Básicas de Assistência Integral à Saúde da Mulher, tendo por base as diretrizes do PAISM. Em 2001 o Ministério da Saúde cria a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Na área da saúde da mulher, a NOAS estabelece para os municípios a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino [...]” (BRASIL, 2011, p.18).

Em 2003, veem a necessidade de desenvolvimento de ações e articulações acerca das mulheres rurais, negras, deficientes, presidiárias e lésbicas (BRASIL, 2011). Nesse mesmo ano cria-se a Secretaria de Políticas para Mulheres, em repostas as demandas por uma política de gênero: “A ascensão do governo democrático e popular iniciado em 2003 redirecionou o sentido das políticas sociais e ampliou a responsabilidade do Estado em priorizar a estruturação de políticas públicas para as mulheres.” (SPM, 2012, p.12).

A Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR) foi criada em 1º de janeiro de 2003, com status de ministério e inaugurou 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. (SPM, 2012, p.05).

Diante das lacunas existentes, e tendo em vista a necessidade de estratégias de saúde no cenário nacional, referente às políticas direcionadas à saúde da mulher, é que se inicia uma articulação para promoção da saúde com recorte de gênero, raça/etnia. Contemplando as especificidades dessas mulheres, que se apresentam de acordo com a região, raça, classe social, foi criado, em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) -que será também objeto de estudo nessa dissertação.

Neste contexto, a PNAISM surgiu como estratégia para nortear as ações de atenção à saúde da mulher de 2004 a 2007, reafirmada no Governo Dilma, para nortear as ações através do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015. A PNAISM foi criada para consolidar os avanços trazidos pelo

PAISM, ampliando as ações acerca da saúde da mulher e a incorporação de questões dos direitos sexuais e reprodutivos.

A PNAISM consolidou os avanços do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de 1984, que redefiniu a agenda relativa à saúde da mulher, ampliando o leque de ações, até então focadas na assistência ao ciclo gravídico-puerperal, para incluir outros aspectos relevantes da saúde da população feminina, tais como a assistência às doenças ginecológicas prevalentes, a prevenção, a detecção e o tratamento do câncer de colo uterino e de mama, a assistência ao climatério, a assistência à mulher vítima de violência doméstica e sexual, os direitos sexuais e reprodutivos e a promoção da atenção à saúde de segmentos específicos da população feminina, entre outros. (BRASIL, 2004, p.16)

No tocante a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) - que analisaremos também, instituída em 2009, as primeiras ações acerca da saúde da população negra no âmbito governamental ocorreram na década de 1980, evidenciado pelo movimento negro. Já na década de 1990, o governo federal passou a incorporar o tema às ações pontuais para a valorização da população negra.

Em 2004 aconteceu o I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, sendo organizado pelo Ministério da saúde, e Secretaria Especial de Promoção da Igualdade Racial em articulação com os Conselhos de saúde. O Seminário representou um movimento importante na perspectiva da implementação do recorte raça/cor no Plano Nacional de Saúde. Vale ressaltar que o II seminário Nacional de Saúde da População Negra, onde se dá o reconhecimento oficial do Ministério da Saúde de que o racismo institucional está presente nos serviços de saúde (PNSIPN, 2009).

A PNSIPN foi aprovada em 2006, pelo conselho Nacional de Saúde, sendo publicada apenas em 2009, e reafirmada na lei nº 12.288/10. E tem como objetivo incorporar a questão racial na formulação de dados para o SUS, reduzir o índice de mortalidade materna e infantil, e dentre outros. Aponta-se nesse processo a necessidade de um diálogo entre a PNAISM e a PNSIPN, para desvelar o caminho para efetividade das ações acerca da saúde da mulher negra.

Vale aqui abrir um parêntese e trazer uma cartilha publicada pelo Ministério da Saúde, em 2017, intitulada “O SUS está de braços abertos para a saúde da população Negra”, no tópico destinado a saúde da mulher negra traz

uma discussão apenas em relação à saúde mulher negra no período gestacional e mortalidade materna, explicitando mais uma vez o principal foco, em relação à saúde da mulher.¹³

A questão da centralidade na maternagem não pode ocultar demais questões relacionadas ao processo saúde/doença das mulheres, embora, esse fato seja de grande importância. Aponta-se que as causas que levam a morte materna estão relacionadas à predisposição biológica das mulheres negras; hipertensão arterial; a eclâmpsia, pré-eclâmpsia baixa qualidade dos serviços, falta de capacitação profissional para lidar com as especificidades de cada mulher.

Os fatores sociais, econômico, o político e o cultural que incidem, diretamente, sobre a saúde da população negra são múltiplos e diferenciados. As situações de pobreza, falta de acesso e demais vulnerabilidades trazem sérios rebatimentos para a saúde da mulher negra. Um dos dados relevantes que a cartilha aponta é a criação Comitê Técnico de Saúde da População Negra. O comitê tem a função de acompanhar a implementação da PNSIPN, acompanhar e avaliar as ações da promoção da equidade racial, pactuar propostas nas diversas instâncias. É considerado um avanço em meio a tanto ataques aos direitos que visam promover equidade e igualdade.

Diante de toda trajetória construída até o presente momento, aponta-se que o recorte étnico- racial e de gênero é suma importância na construção de mecanismos que visem à atenção integral à saúde da mulher negra para além do papel e do período gestacional. A implementação dos princípios e diretrizes da PNAISM, se apresentam como desafio na atualidade. A assistência integral é um processo dinâmico e está condicionado às transformações econômicas políticas e culturais da sociedade.

As experiências de discriminação vivenciadas por mulheres negras não podem ser analisadas desconectadas da perspectiva de gênero, pois elas correlacionam-se e expõem questões reais de interseccionalidade que as mulheres negras enfrentam cotidianamente. Intersecção de opressões, potencializadas por pressões patriarcais e de heteronormatividade, de classe.

¹³ A revista pode ser encontrada em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/SUS_braços_abertos_saúde_população_negra.pdf. Acessado em 25/04/2019.

Cabe aqui uma reflexão acerca de fato de que as leis, políticas e em programas, em muitos casos, não apontam as demandas das mulheres realçando a negritude dessa mulher, o que acarreta “novas” segregações, “novas” subordinações. Destarte, Crenshaw (2004, p.9) aponta que “a interseccionalidade constitui um desafio, na medida em que aponta “diferenças dentro da diferença”.

Assim, tanto as questões de gênero como as raciais têm lidado com a diferença. O desafio é incorporar a questão de gênero à prática dos direitos humanos e a questão racial ao gênero. [...] Um dos problemas é que as visões de discriminação racial e de gênero partem do princípio de que estamos falando de categorias diferentes de pessoas. (CRENSHAW, 2004, p.9)

Em relação às políticas de atenção integral à saúde da mulher, “pode-se afirmar que a maioria enfrenta ainda dificuldades políticas, técnicas e administrativas” (PNAISM, 2004, p.17). No que tange a igualdades dos direitos, Fraser (2011) aponta a emergência de “coletividades ambivalentes”, que estão sujeitas as injustiças socioeconômicas, mas que permeiam o campo de lutas por igualdades dentro das diferenças relacionais, e que atravessam questões de gênero, raça /etnia, classe social, dentre outras. Esse processo requer a afirmação das diferenças, tanto no processo criação como no processo de implementação das políticas de atenção à saúde da mulher.

Mudar algo já posto como “natural”, ou “normal” não é uma tarefa fácil. Depende não apenas de um “movimento de humanização”, mas de um processo educativo contínuo, que demanda tempo, reflexão, e análise aprofundada sobre o tema, buscando na coletividade desenvolver mecanismos e estratégias de superação. Vale ressaltar que a mudança só acontece a partir de ações coletivos dos interessados (as), e não apenas dos agentes de saúde em seus diversos níveis e hierarquias.

Desse modo, o desafio apontado deve ser debatido, refletido com diversos atores sociais, diálogo entre gestores, formuladores e os principais demandantes das políticas sociais. Aponta-se nessa assertiva que questões relacionadas às desigualdades de gênero tende agravar a discriminação de raça, etnia e classe (HERA, 1995).

Assim, embora a perspectiva de gênero sirva como parâmetro para a elaboração de leis e suas formas de aplicação, faz-se necessário atentar para

a necessidade de inclusão da subjetividade e especificidade de cada mulher. De que mulher fala-se? De que região? Essa mulher é negra, branca, indígena, transexual, lésbica, vive em região urbana ou rural? São diversos questionamentos que apresentam especificidades importantes, principalmente, em se tratando de um documento de abrangência nacional.

A ampliação das ações, formulação e implementação de políticas públicas nos últimos anos, a inclusão de novos temas, como centrais para pensar a política pública, dentre eles a questão do gênero, pode ser considerado um avanço. No entanto, essa inserção, nem sempre, aponta para uma aderência a 'agenda de gênero', na perspectiva de redução das desigualdades entre homens e mulheres, mulheres e mulheres.

A inclusão da questão de gênero na agenda governamental e sua incorporação em políticas e programas, é resultado da influência de diversos atores. Na atualidade, a ação desses atores se reveste de profunda importância, onde começa emergir um acirrado ataque aos direitos conquistados por mulheres, negros, LGBTQ+, dentre outros grupos oprimidos. Contudo, 2019 inicia-se apontando para "novos tempos", com a posse de um governo ultraconservador de extrema direita que zela pelos "valores e bons costumes" cristãos. Esse processo traz o prelúdio de tempos temerosos, o qual não iremos analisar pois foge do objetivo traçado e a delimitação de tempo posto para a dissertação. Mas não podemos deixar de apontar nossa preocupação em relação aos tempos futuros e a efetivação dos direitos já conquistados.

Diante das argumentações tecidas acerca da interseccionalidade de gênero e raça e suas implicações para pensar as políticas sociais, partiremos para análise dos documentos que versam acerca da atenção à saúde das mulheres, a saber: PAISM, PNAISM E PNSIPN.

CAPÍTULO III - A RELAÇÃO INTERSECCIONAL DE RAÇA E GÊNERO NO PAISM, PNAISM E PNSIPN

Quando pensamos em utilizar um método, e escolhemos a análise documental, o ponto de partida não é simplesmente a análise de um determinado documento, mas, quais os questionamentos acerca do documento escolhido.

Na escolha do método não devemos partir de respostas prontas, acabadas, com a mente cauterizada sobre um determinado assunto ou forma de pesquisar. Deve-se buscar fugir do “bom” ou “ruim”, do funcionou ou não, nada é absoluto. “É a adequação aos nossos propósitos e não a suposta maior capacidade de desvendar a realidade que é importante no trabalho científico. Nem todas as técnicas permitem-nos responder nossas perguntas de pesquisa” (MATTOS, 2015, p.406).

Não existe um modelo lógico para análise de políticas públicas. No processo de análise deve se pensar naquilo que mobiliza os sujeitos e instituições, ter conhecimento do objeto e o que ele próprio reproduz. Sair dos grandes marcos e acontecimentos de um documento oficial para atentar para as pequenas histórias, para o que não se apresenta no documento oficial - compreender as disputas históricas em torno dos conceitos, não é uma tarefa simples.

Não existe pesquisador (a) neutro. Como pesquisadora implicada muitos questionamentos vão surgindo, porque quero pesquisar sobre determinado assunto? O que me move na compreensão desse documento? A delimitação do objeto faz-se em um contexto de dúvida. As escolhas são atravessadas por crenças e valores construídos socialmente.

Os documentos expressam e reproduzem normas, identidade, subjetividades, padrões de pensamentos definidos pela relação de poder entre os atores sociais, políticos e econômicos. Os documentos de política através de seus escritores e editores podem trazer verdades estatais, suprimi-las ou embelezá-las.

Para Cellard (2008) o documento escrito pode representar e explicitar as atividades humanas realizadas ao longo do processo histórico, ele é fonte

preciosa para os pesquisadores das ciências sociais. A utilização de documentos no processo de pesquisa faz-se importante, pois permite analisar a compreensão social do momento histórico em que este fora forjado. A análise documental possibilita a observação do processo de evolução dos indivíduos, grupos, comportamentos, conceitos, pensamentos e práticas sociais (CELLARD, 2008), por meio das correlações de forças explícitas ou implícitas através das concepções dos formuladores, atores sociais, cenário político e econômico, apresentados nos documentos.

Nesse sentido, tendo por base essas afirmativas, neste capítulo realizaremos uma análise documental a partir dos documentos de atenção à saúde da mulher, os quais já foram citados no decorrer da dissertação. Assim, apontaremos o que estes documentos apresentam ou não acerca da interseccionalidades de gênero e raça.

3.1 Análise documental do PAISM, PNAISM e a PNSIPN

Ao pesquisarmos acerca da interseccionalidade de gênero e raça e como essas intersecções aparecem nas políticas de atenção à saúde da mulher, percebemos que faltam trabalhos nesse sentido. A escolha dos documentos supracitados, tem por base seu teor, mesmo que de forma tímida, de ruptura, no tange a atenção voltada para as especificidades da saúde da mulher.

Para iniciarmos a discussão acerca dos documentos elaboramos um quadro comparativo entre o PAISM, PNAISM e a PNSIPN com intuito de facilitar a visualização das características que compõem cada política e programa. Separamos cada documento, analisando o processo de elaboração, o momento histórico em que se deu a aprovação, os movimentos que exerceram influência sobre os documentos, e explicitando como as políticas e os documentos tratam a questão de gênero, raça/etnia e reconhecem como Assistência Integral à saúde da Mulher.

Quadro comparativo do Programa/Políticas

PROGRAMA/ POLÍTICA	PAISM	PNAISM	PNSIPN
Elaboração	Proposta de criação em 1983. Divulgado oficialmente pelo Ministério da Saúde em 1984. Marco histórico, considerando que foi elaborado antes do SUS e da Constituição Federal de 1988, e já previa a integralidade das ações na saúde.	Proposta de criação 2003. Divulgado oficialmente pelo Ministério da saúde em 2004. Significou mudança a respeito da assistência integral a saúde da mulher.	O Conselho Nacional de Saúde aprovou a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), em 2006. Em 2008, a PNSIPN foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e publicada pelo Ministério da Saúde em 2009.
Momento histórico	Década de 1980, palco da efervescência de mobilizações de movimentos sociais. Chamada de década perdida (estagnação econômica), nessa década intensifica a luta pela redemocratização do país, e a discussão sobre políticas sociais públicas e universais. Década de efervescência do movimento de mulheres e do movimento negro, que aponta para o movimento feminista negro.	Os anos 2000: rebatimentos nas políticas sociais com advento da era neoliberal no contexto Brasileiro. 2003 foi marcado por uma ambiguidade entre a mudança e continuidade, no contexto do governo Lula. Apresenta correlação de forças entre defensores do Estado mínimo e direitos universais. Mas, com avanços, como a criação da SPM e da SEPPIR.	A PNSIPN desenvolveu-se no governo Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff. Período de ascensão da temática social no âmbito nacional. (Período de 2006 a 2009, com a oficialização em documento governamental da PNSIPN).
Influência de movimentos	Sua implementação recebeu influência do Movimento de Reforma Sanitária e do Movimento feminista que reivindicava políticas específicas para mulheres. Atendimento de forma democrática, com informações relacionadas ao corpo, à saúde e à sexualidade.	Recebeu influência contribuições do movimento de mulheres, do movimento de mulheres negras e de trabalhadoras rurais, de pesquisadores e estudiosos da área, gestores do SUS e agências de cooperação internacional.	Movimento negro brasileiro, Movimento das mulheres negras, recebeu influência do movimento de reforma sanitária, trazendo a emergência de políticas transversais.
Assistência Integral a saúde da mulher	Destinar-se à promoção, prevenção e recuperação da saúde de mulheres, atingindo as diversas fases de sua vida. Restringiu-se à assistência Clínico-ginecológica, à assistência para concepção e contracepção. Ênfase nos métodos contraceptivos como atividade da assistência integral à saúde da mulher.	“Rompimento” com o processo biológico e medicalizador hegemônico nos serviços de saúde, considerando a realidade local e os determinantes sociais e culturais entre homens e mulheres.	Suas diretrizes apontam para saúde integral da população negra, não apenas para a mulher negra. A Política aponta a “qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher negra, incluindo assistência ginecológica, obstétrica, no puerpério, no climatério e em situação de abortamento, nos Estados e Municípios.”
Perspectiva de gênero	O programa debate a questão de política específica para atenção à saúde da mulher, porém não adentra ao debate sobre a perspectiva de gênero e sua interferência na relação saúde/doença. Está voltada especificamente para mulher não significa o debate da perspectiva de gênero, como uma construção social que atinge a saúde da mulher.No início da década de 1980 havia ausência dos estudos de gênero, falase sobre mulheres.	Aponta que as desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam em um impacto direto nas condições da saúde da mulher, assim as políticas devem considerar esses determinantes no processo de formulação. A política avança na questão debate em documento governamental, porém, se limita no financiamento de ações para pôr esse debate. A Política conceitua gênero tendo por base as reflexões de Joan Scott, uma autora clássica nesse debate.	Visa a inclusão do tema Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual com destaque para as interseções com a saúde da população negra. Embora a PNSIPN aponte questões de gênero e raça, não conceitua gênero e utiliza uma classificação “universal”, onde a palavra negro relaciona-se a homem e mulher. A PNSIPN não agrega o termo interseccionalidade.
Discussão de raça e etnia	Ausência de discussão acerca dos determinantes sociais de saúde e doença; apresenta especificidades, também no acesso aos direitos, em relação às mulheres brancas e mulheres negras.	As mulheres negras possuem menor índice de assistência obstétrica no período de pré-natal, parto e puerpério. As diferenças em relação aos dados socioeconômicos e educacionais também são apontados como diferencial no acesso aos serviços de saúde. Mulheres negras têm maior propensão a diabetes tipo II, miomas, hipertensão arterial, anemia falciforme, dentre outras A PNAISM aponta a questão da renda e trabalho como empecilho ao acesso a política de saúde. Não aponta a definição de raça e se utiliza do termo afro-brasileiros para se referir aos negros. Se utiliza da classificação do IBGE para determinar quem são os negros.	Reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde. A política aponta a questão de gênero, porém se utilizando de termo “universal”, quando fala de negros, se refere tanto a homens e mulheres. A questão da raça apenas cita que considera negro a classificação do IBGE: pretos e pardos.

Fonte: PRÓPRIA (2018)

A compreensão das múltiplas desigualdades e especificidades existentes entre a população feminina aponta para a necessária a incorporação da interseccionalidade como categoria de análise. Assim, esses programas e políticas são pensados a partir da percepção da vulnerabilidade da incorporação de gênero como base para prevenção e promoção da saúde das mulheres, demandas explicitadas pelos Movimentos Negros, Movimentos Feministas e pelo Feminismo Negro.

3.2 Análise documental: Interseccionalidade de gênero e raça no PAISM

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher se apresenta por meio de um documento dividido em cinco capítulos, que totalizam 27 páginas. Chama atenção para o fato de não apresentar a composição da equipe técnica. O documento é coordenado pela médica Zuleica Portela Albuquerque. O Programa se inicia explicitando que:

O atendimento à mulher pelo sistema de saúde tem se limitado, quase que exclusivamente, ao período gravídico-puerperal, e, mesmo assim, de forma deficiente. [...] A desatenção aos aspectos integrais da saúde da mulher explica também a importância secundária que se dá à profilaxia e terapêutica da morbidade clínica, bem como os fatores ligados ao aparelho reprodutivo [...]. Em relação à atenção à saúde da mulher –objetivo primordial dessa proposta –os serviços de saúde devem ser dotados de meios adequados, articulando-se os esforços do governo federal, dos estados e municípios, com objetivo de oferecer atividades de assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltado para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; a abordagem dos problemas presentes desde a adolescência e a terceira idade; o controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário, e assistência para concepção e contracepção (BRASIL, 1984, p.5)

O PAISM, cunhado na década de 1980, representou um marco para atenção à saúde da mulher, diante da efervescência do movimento feminista em busca de ações que contemplassem suas demandas específicas. Embora o referido Programa aponte como proposta a compreensão das necessidades mais amplas em saúde, tendo por base o contexto sócio-histórico e cultural em que tais necessidades explicitam-se, algumas lacunas foram observadas, quanto à discussão de raça e gênero, dentre outras especificidades que contemplam a mulher brasileira.

No entanto, percebe-se que gênero não aparece como texto no PAISM, mas se apresenta como possível instrumento de ação, que possibilita pensar esse sujeito-mulher detentora do direito à saúde, que passa a se organizar em movimento de mulheres reivindicando seus direitos sobre seu corpo. Faz-se necessário pontuar isto, assim como o fato que os debates de gênero vão se iniciar em terras brasileiras a partir dos anos 1990.

Por outro lado, apesar do documento apontar que a saúde das mulheres não poderia ser pensada apenas a partir dos aspectos materno infantis, ele termina por enfatizar esse período: vejamos no rol de atividades que aponta a assistência integral clínico-ginecológica e educativa, o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério e assistência para concepção e contracepção. No rol das atividades, das diretrizes mais da metade delas "circula" esse momento, o que iremos discutir mais à frente.

Vale ressaltar que neste período um dos pilares do movimento feminista era a bandeira de “que quem ama, não mata”, slogan que ecoou no final da década de 1970, início de 1980, desencadeado pela morte da Mineira Ângela Diniz, em Búzios, pelo seu namorado que alegou legítima defesa em defesa de sua honra.¹⁴ Momento de efervescência e denúncia da violência sofrida por mulheres, no entanto, não aparece a questão da violência contra as mulheres no PAISM, pois esta não era percebida como algo da esfera da saúde pública.

O Processo de construção do PAISM tinha por base o apoio de acadêmicos, da Ginecologia, da UNICAMP, a médica sanitária do Ministério da saúde, Ana Maria Costa, Maria da Graça Ohana, socióloga da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI), dentre outros profissionais da UNICAMP (COSTA, 2007).

O PAISM, como já vem sendo desenhado nessa pesquisa, representou um avanço em relação à atenção a saúde da mulher. Embora, seja resultado da luta das mulheres, o apoio por parte do movimento feminista não foi unânime. O Programa objetivava trazer um redirecionamento à atenção à saúde da mulher.

O atendimento à mulher pelo sistema de saúde tem-se limitado, quase que exclusivamente, ao período gravídico-puerperal, e, mesmo assim, de forma deficiente. Ao lado de exemplos sobejamente

¹⁴ Maiores informações: <https://www.geledes.org.br/quem-ama-nao-mata-40-anos-depois/>

conhecidos, como a assistência preventiva e de diagnóstico precoce de doenças ginecológicas malignas, outros aspectos, como a prevenção, detecção e terapêutica de doenças de transmissão sexual, repercussões biopsicossociais da gravidez não desejada, abortamento e acesso a métodos e técnicas de controle da fertilidade, têm sido relegados a plano secundário (BRASIL, 1984, p.5).

A atenção à saúde da mulher passa ter maior ênfase relacionado ao “sair” dessas mulheres, pensando para além do período gravídico/puerperal, pois estas passavam a compor uma parte importante no processo de expansão do mercado, como força de trabalho e sua responsabilidade acerca para com a família. O “sair” das mulheres para espaço público explicita as demandas das mulheres. “Esse quadro assume importância ainda maior ao se considerar a crescente presença da mulher na força de trabalho, além do seu papel fundamental no núcleo familiar” (PAISM, 1984, p.5).

Não podemos esquecer que essa demanda passou a emergir em decorrência das ações dos movimentos sociais. Aponta-se, também, que essa maior preocupação com a saúde da mulher perpassa questões de interesses “mercadológicos”, como resposta ao grito das mulheres.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher surge em 1983, representando uma esperança de resposta ao dramático quadro epidemiológico da população feminina. Neste sentido grandes esforços foram empreendidos pelos movimentos sociais, particularmente o de mulheres, visando à implantação daquela prática assistencial, convencidos de que aquele modelo assistencial proposto pelo PAISM, é capaz de atender às necessidades globais da saúde da mulher” (COSTA, 1992,p.1).

O documento aponta para a prestação de serviços básicos de ações integrais de saúde (AIS). Eram ações que não excluía a atenção materno-infantil. Vale ressaltar que a assistência integral para o programa significa “[...]a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde do grupo em questão, onde todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação de sua saúde” (PAISM, 1984, p.15).

Faz-se necessário observar que o programa aponta um documento específico à mulher, enfatizando prioridades e especificidades desse grupo em relação à saúde, não significa que não deve haver articulação entre outros serviços de atenção básica. Este deve ser entendido como mecanismo para

que haja destinação de recurso específico a população feminina, em todas as etapas do ciclo geracional, o que estava sendo negligenciado até o momento, dando ênfase ao período de parto e puerpério (PAISM, 1984).

Em contraponto ao que fora dito, as diretrizes gerais e os objetivos programáticos apontam, especificamente, para ações relacionadas à questão do planejamento familiar, atendimento ao pré-natal, a melhoria na qualidade do atendimento ao parto. Dentre os quatorze tópicos entre diretrizes e objetivos, oito estão relacionados a questão gravídico/puerperal. Quatro questões são de caráter mais geral, apontando a integralidade das ações em saúde, capacitação de profissionais para atendimento das demandas da saúde feminina. Apenas dois tópicos apontam a questão das doenças sexualmente transmissíveis e atenção para outras patologias. A política não apresenta tópicos que explicita a questão da violência e doenças relacionadas ao trabalho.

A Assistência Integral à saúde da Mulher, como explicitado na tabela acima, restringia-se a métodos contraceptivos e ao período gestacional. “Os conteúdos da assistência integral à saúde da mulher serão desenvolvidos através de atividade de assistência clínico-ginecológica, assistência pré-natal e assistência ao parto e ao puerpério imediato” (PAISM, 1984, p.18). De acordo com o Programa os serviços de saúde devem informar a mulher “sobre o exercício da sexualidade; a fisiologia da reprodução; a regulação da fertilidade e os riscos do aborto provocado; prevenção de doenças sexualmente transmitidas [...]”(PAISM, 1984, p.18).

Aponta-se nesse processo ações limitadas em diversos aspectos, o que comprova a prioridade no atendimento à maternidade, na medicalização do corpo, em detrimento dos problemas de sexualidade feminina e da produção de autoconhecimento e autonomia.

Diante da análise do programa afirma-se que o documento embora aponte para uma política específica para mulheres, não adentra a perspectiva de gênero como fator importante para pensar o processo saúde/doença, assunto problematizado no quadro I. A questão da raça também não aparece nesse documento, trabalhando-se numa visão naturalizada da Mulher - que não tem cor, classe ou sexualidade, por exemplo.

Em situações que giram em torno do período gravídico puerperal, pensar em doenças que atingem as mulheres negras é primordial, como exemplo a questão de maior incidência de pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, hipertensão, e também, violência institucional.

A necessidade de pensar a saúde da mulher para além do período gravídico puerperal começa a apontar para a necessidade de se pensar uma política que ampliasse o olhar acerca da saúde da mulher. Dessa forma, tornou-se urgente a elaboração de políticas públicas que alcançassem a mulher em todos os aspectos e não apenas no aspecto reprodutivo, dando ênfase a visão integral dos indivíduos. Assim, tendo em vista o cenário nacional acerca das políticas voltadas à saúde da mulher, que contemplasse os pressupostos de promoção e proteção da saúde das mulheres, foi formulada a PNAISM.

3.3 Análise documental: Interseccionalidade de gênero e raça na PNAISM

A PNAISM é resultado de mobilização de diversos setores da sociedade e movimento sociais, principalmente do movimento feminista. A política trouxe a marca de articulação do “movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não-governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional.” (BRASIL, 2004, p.05).

A PNAISM traz um debate da integralidade da saúde da mulher tendo por base a perspectiva de gênero, raça, e as especificidades dessas mulheres. Vale ressaltar o lapso temporal entre a criação do PAISM e a PNAISM. Levaram 20 anos para que uma nova forma de pensar a saúde da mulher fosse promulgada. A entrada de um Governo de esquerda e a pressão dos Movimentos Sociais podem configurar como ambiente propício para o atendimento das demandas das mulheres.

Podemos apontar que um dos avanços que a PNAISM trouxe está relacionada à ampliação do conceito de saúde da mulher, no processo de incorporação de questões como a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos. A PNAISM aponta que a perspectiva de gênero:

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. 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. [...]. Os desequilíbrios de gênero se refletem nas leis, políticas e práticas sociais, assim como nas identidades, atitudes e comportamentos das pessoas (BRASIL, 2004, p. 13).

Vale destacar que embora a Política aponte e defina gênero, porém em uma relação profundamente binária, que não aponta questões tais como a identidade de gênero, o que “invisibiliza” a reflexão e o questionamento acerca da heteronormatividade.

A política busca a consolidação dos direitos sexuais e reprodutivos, como também, visa atacar a precariedade da atenção obstétrica. De acordo com os princípios estabelecidos no SUS (integralidade, universalidade e equidade), traz a inclusão da discussão de gênero, como já citado anteriormente, com ênfase no combate à violência doméstica, direitos sexuais e reprodutivos, dentre outras especificidades relacionadas às mulheres.

Toda essa articulação é fruto de ações da articulação da sociedade de dos movimentos, o que possibilita o tema violência contra a mulher entrar na agenda e torna-se caso de saúde pública em diversos documentos no Brasil.. Um dos objetivos foi incorporar na PNAISM como um dos temas prioritários a promoção da atenção para mulheres em situação de violência, organizando redes integradas de proteção, articulando ações de prevenção promoção do empoderamento feminino.

Trata-se de um documento que evidencia sujeitos de direito, que são excluídos da agenda pública por não representarem estereotípicos hegemônicos construídos na sociedade em geral.

O documento inicia com sua apresentação apontando que a política foi realizada tendo por base a participação e a parceria com setores da sociedade, enfatizando a presença do movimento de mulheres e o movimento negro. O documento aponta que: “O Ministério da Saúde, considerando que a saúde da mulher é uma prioridade deste governo, elaborou o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes” [...]”. Assim, afirma o compromisso em zelar pela saúde das mulheres. “Nesse

sentido, reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas previsíveis e evitáveis” (PNAISM, 2004, p5).

Avançando na apresentação da política, aponta a incorporação do “enfoque de gênero”, tendo como campo de ação os “direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual” (PNAISM, 2004, p5).

Vale destacar que nesta política as principais ações, apresenta a questão da violência doméstica, reafirmando a dimensão ginecológica/obstétrica, o que inclui o planejamento familiar e a discussão acerca do aborto.

Apontam a atenção a mulheres com HIV/AIDS, doenças crônicas não transmissíveis, câncer e outros grupos vulneráveis em suas especificidades, porém, não explicitam qual grupo isso se aplica: estão falando da mulher transexual, lésbica, da mulher negra, indígena, da profissional do sexo. Não explicita nesse ponto a que tipo de mulher com HIV/AIDS a política visa trazer promoção e proteção à saúde.

Em sua introdução a política aponta a dupla jornada de trabalho da mulher: mãe, dona de casa, cuidadora de idosos e crianças e o trabalho fora do âmbito doméstico, alimentação precária, moradia, renda, dentre outras situações que interferem no processo saúde/doença. O texto avança um pouco mais ao tratar situações que envolvem relações de gênero e raça.

No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico. Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente. 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 (PNAISM, 2004, p.9).

O texto aponta "Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades" entre as mulheres, mas entendo que não desenvolve essas desigualdades e o modo como essas variáveis

impactam no aumento das desigualdades. Não há, nesse contexto, uma definição de raça, de classe e pobreza.

Podemos perceber que o documento aponta, mais uma vez, o enfoque de gênero para análise dos dados epidemiológicos produzidos. Vale ressaltar que o texto deixa bem claro que esses princípios e diretrizes expostas nesse documento são para nortear as ações entre 2004 e 2007, porém, em 2011, republica o documento, com as mesmas diretrizes e texto, da publicada em 2004, e não retira a parte do texto que limita, no tempo, o norte da política.

No primeiro tópico do documento a política sinaliza que vai tratar acerca da “saúde da mulher e o enfoque de gênero”. Inicia tratando que no processo histórico a saúde da mulher pode ser entendida a partir de duas concepções: “Há concepções mais restritas que abordam apenas aspectos da biologia e anatomia do corpo feminino e outras mais amplas que interagem com dimensões dos direitos humanos e questões relacionadas à cidadania” (PNAISM, 2004, p.11). Essas questões relacionadas à cidadania não são exemplificadas no documento.

Deste modo, a PNAISM aponta que a primeira concepção tem por objetivo dar maior ênfase as questões de saúde materna e doenças associadas a reprodução biológica. Todavia, quando a ênfase se dá nos aspectos biológicos, direitos sexuais e questões de gênero são excluídos da análise, como aponta o texto da política, tendo por base Coelho (2003).

A política traz a definição de saúde reprodutiva da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada em 1994. Esta agrega o conceito de saúde da Organização Mundial de saúde (OMS), que insere a questão da sexualidade e da reprodução humana numa perspectiva de direitos, porém, faz uma crítica em relação a restrição “à saúde reprodutiva e não trata a saúde-doença como processo na perspectiva da epidemiologia social, o que vem sendo bastante discutido desde o final dos anos 60” (PNAISM, 2004, p.11).

Neste contexto, avançando nas reflexões, o documento aponta que a relação saúde/doença vai para além desse binômio. Esse não é um processo estanque, que se configura em diversos territórios e situações da mesma forma. É determinada por fatores “sociais, econômicos, culturais e históricos”.

Outro ponto importante que a política ataca é a questão das desigualdades e relação de poder entre mulheres e homens, ditados pelos papéis e crenças socialmente construídos.

Levando em consideração que as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam num forte impacto nas condições de saúde destas últimas (ARAÚJO, 1998), as questões de gênero devem ser consideradas como um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas. O gênero, como 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. 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. É uma forma primeira de significação de poder (SCOTT, 1989, apud PNAISM, 2004, p.12)

Assim sendo, “os desequilíbrios de gênero se refletem nas leis, políticas e práticas sociais, assim como nas identidades, atitudes e comportamentos das pessoas” (p.12-13). A política aponta que essa relação de poder tende adensar outras desigualdades, que também se expressam por escassas políticas públicas, como a classe, raça, sexualidade, aspectos geracionais, deficiência dentre outras. Cita questões mais gerais, mas não problematiza a questão da mulher negras, lésbicas e transexual.

Diante do exposto, percebe-se que a questão de gênero está posta na política, tendo por base autores que discutem a temática de forma crítica -e que são tidos como "clássicos", mas não acompanha as discussões mais atuais, como a apropriação da produção de Judith Butler ou da teoria queer¹⁵. Destina-se um tópico, especialmente, para discutir como a questão de gênero é importante para pensar a saúde da mulher, apontando que as ações devem ultrapassar o véis materno/reprodutor. Esse tópico termina apontando que é imprescindível pensar a perspectiva de gênero e planejamento das ações de saúde que tenha por base a melhoria da vida da população, porém não cita quais são essas ações.

¹⁵ A Teoria Queer surgiu nos Estados Unidos na década de 90 do século XX com objetivo de questionar, problematizar, buscando a transformação de uma sociedade centralizadora e heteronormativa. Maiores informações: BUTLER, Judith. Problemas de Gênero. Feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

No tópico “Evolução das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher”, o documento faz um brevíssimo histórico apontando que as demandas de saúde em relação à mulher passaram a ser incorporadas no início do século XX, voltados, especificamente, a programas maternos-infantis, que planejavam suas ações sem avaliação da necessidade local, que tinham como resultado pouca efetividade nos “indicadores de saúde da mulher”. Assim, há nesse período, forte crítica, por seu reducionismo ao estado gravídico-puerperal.

Prestamos atenção em uma questão: o (a) formulador (a) s inicia o tópico falando acerca do início século XX, ainda cita no texto as décadas de 30, 50 e 70, um pouco abaixo toca na questão da insatisfação do movimento feminista brasileiro. No mesmo parágrafo fala sobre “movimento de mulheres”, e como ele foi importante para por no debate da agenda da política nacional questões “privadas”. Parágrafo abaixo, após algumas argumentações acerca da insatisfação das mulheres a restrição da saúde ao viés materno, o formulador aponta o PAISM como marca de reconceituação dos princípios norteadores da atenção integral à saúde da mulher.

É afirmado que a permanência da centralização do PAISM nas questões materno/infantil trouxe como consequência o comprometimento da “transversalidade de gênero e raça, apesar de [...] uma ruptura com as ações verticalizadas do passado, uma vez que os problemas não foram tratados de forma isolada e que houve a incorporação de um tema novo como a violência sexual” (PNAISM, 2004, p.18-19).

As discussões acerca das lacunas existentes no PAISM, embora não houvesse a negação do enorme avanço em relação à temática, se acirraram em 2003. É apontado que a equipe técnica “identifica ainda a necessidade de articulação com outras áreas técnicas [...] atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente.” A luta faz parte, constantemente, das conquistas de direitos no sentido de sua manutenção e aprimoramento.

A emergência do debate aponta para necessidade de novas diretrizes acerca da atenção à saúde da mulher, não apenas a explicitação dessas necessidades em um documento, mas, junto a esse processo a intensificação da luta para sua implantação. A política aponta que há uma necessidade de

implantação de mecanismos que se voltem para atenção do grupo de mulheres supracitadas, porém, não aponta qual será o instrumento de ação nesse ponto do documento.

Quanto à discussão acerca da questão racial, aparece, com ênfase, no tópico “situação sócio-demográfica”, apresentando dados sobre desigualdades sociais em relação a trabalho e renda. Mostra que ascensão social da população negra torna-se difícil em relação ao lugar que ela ocupa. Está diretamente relacionado ao difícil acesso a educação e trabalho. Aponta, também, que “no Brasil a dimensão racial constitui um desafio à implementação de políticas públicas, dada a distância existente entre os níveis de bem-estar da população branca e os do afro-descendente em todas as regiões do País” (PNAISM, 2004, p.22).

Nesse sentido, a política aponta que:

Considerando-se o recorte étnico-racial na população brasileira, observa-se que a exclusão da população afro-brasileira e seus descendentes leva a poucas chances de ascensão social, maior dificuldade de acesso a postos de trabalho bem remunerados e qualificados, menores oportunidades educacionais, levando-os, portanto, a viver nos assentamentos mais degradados em termos físicos e ambientais. A igualdade de gênero e racial/étnica impõe o reconhecimento dessa dimensão da desigualdade social no Brasil. Essa situação é ainda mais grave em se tratando das mulheres afro-descendentes (PNAISM, 2004, pp.22-23).

Em relação ao limite de implementação de políticas específicas, acrescenta o desafio de pensar a questão interseccional de gênero e raça/etnia. Se utilizando do dossiê “Simetrias Raciais no Brasil: alerta para elaboração de políticas” (2003), a política aponta que a questão racial ainda se apresenta como entrave a elaboração de políticas públicas em razão da disparidade “entre os níveis de bem-estar da população branca e os da afro-descendentes em todas as regiões do País” (PNAISM, 2014, p.22). Esse tópico, no entanto, não adentra a discussão da violência racial e institucional vivenciada por esse grupo. E, podemos apontar, também, que não define nem problematiza a questão racial de forma enfática, remete a discussão a questão dos afro-descendentes e não fala da população negra brasileira.

Esse processo não é tão simples, pois “obriga” o reconhecimento dessa relação desigual, o qual é amenizado em falas de que o Brasil não é racista e que todos são iguais, ou até mesmo na legitimidade da igreja em naturalizar as

diferenças existentes entre mulheres e mulheres e a relação de poder entre homens e mulheres. Cabe aqui ressaltar que esse é o primeiro tópico que cita a relação interseccional, juntas na mesma frase, como necessária para pensar a saúde das mulheres.

A igualdade de gênero e racial/étnica impõe o reconhecimento dessa dimensão da desigualdade social no Brasil. Essa situação é ainda mais grave em se tratando das mulheres afro-descendentes. A realidade é multifacetada e sua complexidade deve ser considerada na formulação de políticas públicas (PNAISM, 2004, pp.22-23)

Aponta-se novamente a utilização do termo afro-descendentes para se referir as mulheres negras brasileiras. Nesse contexto, qual a importância de nomear os acontecimentos, as categorias, os sujeitos, implica em reconhecimento das especificidades desses sujeitos ou serve como base de rotulação, segregação, violação de direitos? Nomear não é reconhecer que há uma desigualdade a ser pensada, mas pode representar a construção de um caminho para reflexão. Podemos nomear o negro, as especificidades das mulheres tanto para segregar quanto para explicitar essas demandas e apontar que estas necessitam de intervenção políticas.

Cabe aqui uma reflexão acerca da questão da raça. Schwarcz (2015) aponta que embora, não existam formas de discriminação nos documentos legais, a população pobre, principalmente a negra, são os mais culpabilizados e quem têm seus direitos negados pela justiça. Os indivíduos supracitados são quem morrem mais cedo, têm menor acesso a educação superior pública e posições privilegiadas no mercado de trabalho. A herança da escravidão condiciona, porém não determina, a história da população negra, e até mesmo a cultura, a partir de uma linguagem do "colorismo social". É comum a percepção de "quem enriquece" em muitos casos "embranquece", sendo o inverso também verdadeiro (SCHWARCZ, 2015).

Assim, aponta-se que a constituição das raças no Brasil se deu por meio de práticas violentas, a inserção violenta de povos e a introdução de suas culturas, no Brasil, não foi com a harmonia difundida no país. O Brasil é fortemente marcado e condicionado pelo processo de separação das classes, raça, mas também pela mistura (SCHWARCZ, 2015). A história da escravidão ainda continua sendo escrita na trajetória do Brasil moderno. O Brasil segue

sendo líder em desigualdade social e pratica um racismo silencioso, mas igualmente perverso (SCHWARCZ, 2015).

Em relação à saúde das mulheres negras a PNAISM aponta que a intersecção de raça e classe interfere diretamente no processo saúde-doença. No entanto, isso não significa relação/passagem direta para ações cotidianas e efetivas em torno dessa questão. No que concerne a assistência obstétrica, a diferença entre mulheres brancas e negras explicita-se no período de pré-natal, pré-parto, parto e puerpério (BRASIL, 2004).

Diante do exposto, podemos apontar que a PNAISM representou um avanço na questão do debate de gênero e raça. A incorporação da discussão de raça e etnia passou a ser considerada no processo saúde doença, incorporado o debate de gênero.

Ademais, no âmbito da implementação das políticas, essas ações têm enfrentados sérios embates, tanto no que tange o financiamento quanto em relação a cultural patriarcal sexista, misógina, e o racismo institucional “nosso de cada dia” arraigado na sociedade brasileira. Desta forma, apontamos diversos desafios a serem enfrentados para que haja acesso igualitário, de uma assistência integral à saúde da mulher.

A política aponta que entre as principais causas de morte feminina está relacionada a infartos, câncer de mama, de pulmão e do colo do útero, dentre outras. Nesse sentido, “[...], em ordem decrescente: acidente vascular cerebral, AIDS, homicídios, câncer de mama, acidente de transporte, neoplasia de órgãos digestivos, doença hipertensiva, doença isquêmica do coração, diabetes e câncer de colo do útero” (PNAISM, 2004, p.26).

Vale ressaltar que as complicações relacionadas ao período gravídico puerperal, embora não seja doença é um fator importante na relação saúde doenças das mulheres.

A mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto não aparece entre as dez primeiras causas de óbito nessa faixa etária. No entanto, a gravidade do problema é evidenciada 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 (PNAISM, 2004, p.26).

O documento aponta que a mortalidade materna é um bom indicador da saúde de uma população. As formas que levaram uma mulher ao óbito demarca o grau de desenvolvimento da sociedade em questão. Onde existe

um percentual elevado de morte materna, há uma população com alto índice de desigualdade social, associados a: baixo grau de escolaridade, dificuldade de acesso a serviços básicos, sobretudo os serviços de saúde, onde a violência faz-se presente nas relações sociais e no meio intrafamiliar. Aponta-se nesse processo a importância da categoria interseccionalidade se fazer presente nas análises, pois as dimensões de gênero, classe e raça se explicitam nessas dimensões.

De acordo com a pesquisa da Fundação Perseu Abramo (2010)¹⁶, uma em cada quatro mulheres sofrem violência obstétrica no Brasil. E quando falamos da mulher negra esse número é alarmante. Segundo dados da Campanha "SUS sem racismo" (2014), 60% das mulheres vítimas de mortalidade materna são negras; apenas 27 % das mulheres negras foram acompanhadas no parto, em contraponto de 46,2 % das mulheres brancas.

Uma pesquisa realizada pela Secretaria de Vigilância em saúde do Ministério da Saúde (2011)¹⁷ aponta que em cada 100 mil crianças nascidas vivas, a taxa de mortalidade materna chega a 68,8% em relação às mulheres negras e entre as mulheres brancas 50,6%. Em relação ao pré-natal a pesquisa aponta que as consultas médicas devem totalizar seis consultas, no mínimo. Apenas 55,7% e 54,2% das mulheres negras e pardas, respectivamente, em comparação com 74,5% das mulheres brancas tiveram acesso ou ultrapassaram aos números de consulta citados. Explicita-se que essa disparidade possui relação com a falta de acesso aos serviços de saúde, o que pode agravar o risco de vida entre as mulheres negras e pardas.

Apesar do aumento do número de consultas de pré-natal, a qualidade dessa assistência é precária, [...] pelo fato da hipertensão arterial ser a causa mais frequente de morte materna no Brasil, e também porque apenas 41,01% das gestantes inscritas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) receberam a 2.a dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica, segundo o sistema de informação do Programa (BRASIL, 2004, p. 28).

De acordo com o Ministério as saúde, tendo por base a Classificação Internacional de doenças – CID-10, morte materna é a morte de uma mulher durante a gravidez, no parto ou até quarenta e dois dias após a gestação,

¹⁶ Pesquisa "Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado", Disponível em: <https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou/>

¹⁷ Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2012_analise_situacao_saude.pdf

independente da duração. A morte materna tardia caracteriza-se quando o óbito acontece após os 42 dias e inferior a um ano.

As causas que levam a morte materna estão relacionadas à predisposição biológica das mulheres negras; hipertensão arterial; a eclâmpsia, pré-eclâmpsia baixa qualidade dos serviços, falta de capacitação profissional para lidar com as especificidades de cada mulher. A morte materna acontece com maior frequência entre as mulheres negras, seis vezes maior que a incidência em mulheres brancas. Destarte, como o número de família monoparental feminina tem aumentado consideravelmente, a mortalidade materna deixa um número significativo de crianças “abandonadas”. Assim, retomando a análise do documento, ele destina um tópico para discutir a “precariedade da atenção obstétrica. “Os dados também evidenciam que a atenção no puerpério não está consolidada nos serviços de saúde. A grande maioria das mulheres retorna ao serviço de saúde no primeiro mês após o parto”(PNAISM, 2004, p.29).

Vale ressaltar que o documento aponta a ênfase, nos primeiros dias pós-parto de uma atenção voltada para criança no que tange vacinação, dentre outras ações acerca do recém-nato e falta de atenção à saúde das mulheres. Isso pode indicar que as mulheres não recebem informações suficientes para compreenderem a importância da consulta puerperal.

Nesse sentido, aponta-se que “a atenção ao parto e nascimento é marcada pela intensa medicalização, pelas intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas e pela prática abusiva da cesariana” (p, 28). São diversos tipos de violência que colabora para o aumento de riscos no período gestacional. Esse processo gera afastamento dos familiares da mulher, falta de privacidade e a perda do controle sobre seu próprio corpo.

A assistência ao parto no Brasil apresenta especificidades que apontam para questões regionais e de classe. Os partos em regiões rurais ou muitas isoladas, no país, em muitos casos são realizados por parteiras tradicionais, em partos domiciliares. Vale ressaltar que partos domiciliares podem ser uma escolha da mulher, em determinadas regiões e classe social mais abastada.

Os procedimentos padronizados de assistência ao parto, sem avaliação crítica de cada caso tornam-se empecilho a práticas adequadas, qualificada e humanizada de atendimento as gestantes e parturientes no Brasil.

Assim, aponta-se que são diversas questões que afetam diretamente a qualidade do atendimento as gestantes e parturientes: são questões regionais, de classe, de raça, dentre outras. Dias e Domingues (2005, p.702) apontam que: “o grande desafio que se coloca, para todos os profissionais que prestam esta assistência, é o de minimizar o sofrimento das parturientes, tornando a vivência do trabalho de parto e parto em experiências de crescimento e realização para a mulher e sua família”. Processo longo e lento, porém realizável.

Outra questão em debate é o caso das parteiras, em determinadas regiões, como o debate das Doulas (que não é tratado nesse documento). Em relação as parteiras, a política aponta que a maioria dessas mulheres não receberam treinamento e aprenderam o ofício de partejar sozinhas, forçadas pelas demandas ou com outras parteiras, movidas pela necessidade de ajudar a comunidade local. Eram trabalhos realizados sem os materiais básicos e, em muitos casos, sem remuneração. Diversos casos de partos domiciliares estão associados ao difícil acesso aos serviços de saúde de emergência, principalmente na zona rural. “A dificuldade de acesso às ações de saúde, imposta às mulheres rurais, está relacionada, às desigualdades das relações de gênero e de trabalho, às grandes distâncias entre residência ou trabalho e os serviços de saúde, [...]” (PNAISM, 2004, p.30).

A política aponta que o Ministério da saúde tem adotado ações para diminuir essas disparidades no acesso à saúde, porém não explicita quais ações estão sendo implementadas nesse sentido.

No tocante a temática do aborto a Política de Atenção a saúde da Mulher aponta que as ações ilegais impedem a notificação, o que afeta os dados e a notificação oficial da prática, bem como as ações que subsidiem a implementação de políticas públicas para as especificidades regionais e grupo etário. Destaca-se nesse processo a demora na procura dos serviços de saúde após o aborto, como também a falta de preparo dos profissionais para o atendimento dessas mulheres. “As complicações imediatas mais frequentes são a perfuração do útero, a hemorragia e a infecção, que podem levar a graus distintos de morbidade e mortalidade” [...] (PNAISM, 2004, p.31).

O papel social imposto às mulheres, e a “recusa” a maternidade, diante de um aborto, aponta para um processo de discriminação e violência,

principalmente, nos serviços de saúde, o que pode gerar atrasos no atendimento e até mesmo o desinteresse para o acolhimento, escuta e orientação. O aborto em condições “ilegais” é uma das principais causas de morte materna (PNAISM, 2004). A representação simbólica da maternidade dita regras sobre corpo e a vida da mulher ainda na atualidade.

O documento termina o tópico citando que o atendimento de mulheres em situação de aborto, no sistema de saúde, apresenta certa estabilização, relacionado a aumento de uso de métodos contraceptivos, com prevalência da laqueadura, principalmente na Região Nordeste e Centro-Oeste. No entanto, aponta que os dados do SUS não reflete a realidade na medida que muitas mulheres, em situação de aborto não procuram as unidades de saúde.

Em relação a métodos contraceptivos aponta-se que os métodos de laqueadura são mais utilizados por mulheres de regiões com menor grau de escolaridade e nível de pobreza elevada, ou seja, entre as mulheres da classe mais pobre há prevalência de ligadura tubária. No entanto um questionamento surge: a laqueadura é um método contraceptivo ou é um método de esterilização? A política aponta a laqueadura como um método contraceptivo, mais utilizado por mulheres de baixa renda e baixo nível educacional. (PNAISM, 2009, p.32).

Contudo, cabe aqui uma reflexão acerca do fato da laqueadura ser um método de esterilização, irreversível, e ser o mais utilizado pelas mulheres mais pobres - isso pode apontar para o difícil acesso aos demais métodos contraceptivos. Diante da afirmativa que apolítica traz, podemos entender que as mulheres de classes mais abastadas possuem o poder de escolha de quais métodos iram lançar mão, os métodos contraceptivos ou o de esterilização. Não seria isto um controle de massa, principalmente, da população negra que representa grande parte da população pobre?

A questão da laqueadura é algo bastante polêmico. A demanda da esterilização forçada, por falta de métodos contraceptivos, foi pauta, por muito tempo, na agenda das mulheres negras. O processo de esterilização, principalmente, das mulheres negras e de baixa renda, é outro tema incluído na agenda do Movimento Feminista. As mulheres não encontravam métodos contraceptivos disponíveis, alternativos, assim “optaram” por intervenções cirúrgicas irreversíveis para controle de natalidade, reivindicando como direito.

As mobilizações culminaram no projeto de lei n. 201/91, regulamentando o processo de esterilização (CARNEIRO, 2003).

Vale ressaltar que no Brasil a questão da esterilização cirúrgica provocou repercussões na esfera parlamentar, onde foi criada em 1993 a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI), 1993, com intuito de analisar as denúncias de esterilização em massa de mulheres, principalmente as negras, na década de 1980. Esse processo partiu da representação da Assistente Social, e então Deputada Federal Benedita da Silva (PT-RJ).

Destaca-se que a ligadura é realizada quando há o planejamento familiar, que é o acompanhamento na unidade de saúde de referência, no período gestacional. Muitas mulheres não retornam as unidades para realizarem a laqueadura, pois esta é feita após um mês do puerpério, o que não facilita a situação da mulher com um recém-nato.

Em relação a métodos contraceptivos a política aponta a falta de informação. De acordo com um relatório realizado pela Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – PNDS, “[...] e a ausência de citação do diafragma indicam o limitado acesso das mulheres às informações sobre o leque de opções para regular a fecundidade e aos métodos anticoncepcionais” (PNAISM, 2004, p.32). Esse processo pode funcionar como base para aumento do número de abortos em condições inseguras o que aumenta o risco de morte.

Acerca de outros métodos contraceptivos a política aponta “a pouca expressividade de outros métodos anticoncepcionais, apontada nessa pesquisa (métodos hormonais injetáveis 1,2%, condom 4,4%, esterilização masculina 2,6%, DIU 1,1%, métodos naturais e outros 6,6%), [...]” (PNAISM, 2004, p.32). A esterilização volta ser apontada como método contraceptivo, dessa vez a masculina.

Na questão do planejamento familiar o documento aponta que a tentativa da inserção de homens e adolescentes nesse processo não tem surtido efeito necessário e que na maioria dos casos são ações de ONGs, “são experiências isoladas”, “e têm pouca chance de causar algum impacto sobre o problema no Brasil como um todo” (PNAISM, 2004, p.32). Outra questão importante é que embora as ações de planejamento familiar façam parte da atenção básica de saúde e responsabilidade dos Municípios, muitos não têm

conseguido implementar ações como fornecimento de anticoncepcionais, processo informativo e acompanhamento adequado das usuárias.

A questão dos contraceptivos impacta diretamente a prevenção de DST-AIDS, que tem apresentado considerável aumento entre as mulheres e adolescentes segundo o documento. Complicações como doença inflamatória pélvica, infertilidade, gravidez ectópica, podendo causar câncer de colo uterino e morte materna. Embora a política aponte que "prevenção e controle eficazes das DST são considerados como uma prioridade para a promoção da saúde reprodutiva, especialmente entre as mulheres" (PNAISM, p.36), as ações não acompanham essa realidade.

Quanto à questão do HIV, se na década de 1980 a epidemia era tida como restrita aos chamados grupos de risco (homossexuais e bissexuais masculinos, transfundidos, usuários de drogas injetáveis), na década de 1990 a transmissão heterossexual passou a ser a principal forma. Houve um aumento de casos em mulheres (muitos casos contraídos de seus maridos), assumindo um caráter de interiorização e pauperização da epidemia. Vale destacar também a transmissão para idosos - sujeitos que eram tidos como protegidos do vírus. O aumento da transmissão para mulheres, em fase reprodutiva, aponta para outro problema, a transmissão vertical para crianças, que seria outro caso a ser combatido.

Com relação à classe social, mesmo que a mulher possua alto poder aquisitivo, ela ainda apresenta menor poder de negociação quanto ao uso de camisinha, embora menos exposta ao risco de transmissão. A política aponta que as mulheres, em muitos casos, recebem o diagnóstico de infecção tardiamente, quando diagnosticado em seus parceiros ou filhos. Outra questão é que as mulheres não são vistas pelos profissionais de saúde como "grupo de risco" e "não as situa num quadro de vulnerabilidades" (PNAISM, 2004,p.37).

No entanto, aponta-se que:

Por outro lado, as mulheres que vivem com HIV/aids enfrentam problemas de acesso nos serviços competentes para o atendimento da população feminina (serviços de ginecologia e obstetrícia) e nos serviços especializados para portadores de HIV/aids. A falta desse atendimento nos serviços mencionados tem origem na discriminação ditada pelo medo dos profissionais que, desinformados, temem contrair o HIV durante o atendimento (PNAISM, 2004, p.37).

São diversas ações que apontam para a falta de qualificação e informação e para a difusão da discriminação de gênero. No tocante a discriminação a política aponta que a violência sexual se apresenta como indicadores da discriminação de gênero. “A violência sexual e/ou doméstica é um grave problema de saúde pública [...]” (PNAISM, 2004, p.38). Nesse sentido, “a atenção às mulheres em situação de violência apresenta uma tendência progressiva de expansão nos últimos quatro anos, ainda que os serviços estejam concentrados nas capitais e regiões metropolitanas.” (p.39). Cabe aqui uma reflexão acerca da interiorização dos equipamentos de proteção e promoção, das ações e mecanismos de acolhimento para a mulher em situação de violência.

No tocante a saúde das mulheres adolescentes aponta para a maturação sexual. Nesse processo é levado em consideração a incorporação de novos comportamentos frente aos padrões sociais e sexuais atribuídos a essas adolescentes. Assim, “cabe aos serviços de saúde a prestação de uma assistência adequada e o desenvolvimento de ações educativas que abordem a sexualidade [...] introduzindo gênero, classe social e as diferenças culturais de iniciação da vida sexual e reprodutiva [...]” (p.40). Questões como aborto e DSTs também são alvos apontados pela política como preocupação para essa fase, porém não aponta como essas ações serão efetivadas.

Nesse sentido, em relação às DSTs: “verifica-se que a contaminação pode ter ocorrido nos primeiros anos da adolescência e que segue a tendência de feminilização, em que as relações de gênero têm papel fundamental”(PNAISM, 2004, p.41). A questão de gênero e estereótipos socialmente atribuídos as mulheres de forma geral perpassam todas as reflexões acerca da saúde da mulher levantadas no documento da política de atenção à saúde da mulher.

Nesse processo, aponta-se a ênfase na sexualidade da mulher adolescente, que é taxada, socialmente, como a irresponsável quando engravida. O mesmo peso não recai sobre o homem adolescente. A política aponta para “os parâmetros dos direitos sexuais e reprodutivos e da coresponsabilidade masculina na reprodução e na contracepção, como no planejamento familiar”(PNAISM,p.40).

A política debate diversas questões que atingem as mulheres em tópicos como: climatério e menopausa, onde se explicita que não é uma doença, porém uma fase da vida da mulher que requer uma atenção especial. Em uma sociedade que preza pela beleza e eterna juventude, a menopausa seria o fim da jornada. Assim, “numa sociedade patriarcal, em que juventude e beleza são relacionadas ao sucesso, entrar na “meia idade” pode trazer, para muitas mulheres, a impressão de que “tudo acabou” (PNAISM, p. 43).

Ademais, trata das doenças crônicas degenerativas, que estão entre as principais causas de morte da população feminina. As funções de chefes de famílias, sobrecargas de responsabilidades, assédio moral e sexual no ambiente do trabalho apresentam-se como causas possíveis de agravamento da saúde das mulheres, nesse contexto.

São diversas questões que atingem a saúde da mulher. A política traz a tona o debate da saúde mental das mulheres sob a ótica de gênero. Aponta que:

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 (PNAISM, 2004, p.44).

A interseccionalidade de raça, classe, geração, sexualidade determinam e comprometem a saúde mental das mulheres. As desigualdades relacionadas à dupla e até mesmo tripla jornada de trabalho concorrem nesse processo. A política aponta que:

Pensar em gênero e saúde mental não é apenas pensar no sofrimento causado pelos transtornos mentais que acometem as mulheres, ou então nas tendências individuais que algumas mulheres apresentam em desencadear crises e depressões. Antes de tudo, é necessário contextualizar os aspectos da vida cotidiana das mulheres, conhecer com que estrutura social contam ou não, para resolver as questões práticas da vida, e reconhecer que a sobrecarga das responsabilidades assumidas pelas mulheres tem um ônus muito grande, que muitas vezes se sobrepõe às forças de qualquer pessoa (PNAISM, 2004, p.45).

Em relação à saúde mental das mulheres a política aponta o sofrimento por transtorno de humor, uso de álcool e outras drogas. Outro agravante está relacionado a transtornos mentais e comportamentais ligados ao puerpério, que podem levar ao suicídio. Nesse tópico o documento aponta que as ações que devem ser tomadas: a referência à questão de gênero na formação dos

profissionais de saúde. Assim, “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” (PNAISM, p.46).

A política destina tópicos específicos para tratar da saúde das mulheres lésbicas, negras e indígenas, das trabalhadoras rurais, das mulheres em situação de prisão. Cada uma apresenta especificidades que não podem ser desconsideradas.

As mulheres lésbicas possuem especificidades que as práticas conservadoras desconsideram. Nesse sentido, a política aponta que “diz respeito, dentre outras, ao atendimento na área da ginecologia, em que os profissionais partem do pressuposto de que a vida sexual ativa das mulheres é sempre de caráter heterossexual.” A PNAISM aponta que até mesmo entre as mulheres lésbicas que doenças como câncer do colo do útero só afetam as mulheres heterossexuais, o mesmo se apresenta em relação ao câncer de mama. Outra questão que se coloca são as mulheres profissionais do sexo e a vulnerabilidade diante das DSTs e AIDS, sendo apenas citadas.

Dilemas como violência contra a mulher, incluindo as adolescentes lésbicas quando são expulsas de casa ou vítimas de violência sexual são levantadas pela política. Outra questão é o acesso a programas de inseminação assistida no SUS, “[...] que deve incluir na clientela-alvo as mulheres lésbicas que desejam exercer o direito à maternidade voluntária.” (PNAISM, 2004, p.49).

A política de atenção à saúde da mulher aponta que:

É preciso que os serviços de saúde disponham de profissionais capacitados para o atendimento às mulheres, considerando a possibilidade de parte da clientela ser composta por mulheres que fazem sexo com mulheres. Isso é necessário para que saibam atender às mulheres lésbicas dentro de suas especificidades, e respeitando seus direitos de cidadania.

A compreensão das especificidades que atingem as mulheres em suas “diversidades” perpassa o processo de reciclagem profissional, destituídos do senso comum e do entendimento engessado acerca da saúde da mulher. Assim, no tocante as mulheres negras a política aponta que uma atenção qualificada da atenção à saúde da mulher negra perpassa a questão do preenchimento da variável cor.

As mulheres negras apresentam diversas especificidades em relação às mulheres brancas, dentre estes os dados socioeconômicos. “A grande maioria de mulheres negras encontra-se abaixo da linha de pobreza e a taxa de analfabetismo é o dobro, quando comparada a das mulheres brancas” (idem, p.50). As mulheres negras possuem menor acesso aos serviços de saúde o que aumenta consideravelmente o risco de contrair alguns tipos de doenças e até mesmo ir a óbito.

Com relação à assistência a saúde da mulher a assistência obstétrica apresentam grande disparidade, durante o pré-natal, parto e pós-parto. Aponta-se a necessidade de pensar a questão da raça no processo saúde-doença. Questões como mortalidade precoce e infantil, a medicalização do corpo, onde as mulheres negras recebem menos anestesia que as mulheres brancas. A política aponta, tendo por base uma pesquisa da Fiocruz (2002), que “5,1% de mulheres brancas não receberam anestesia no parto normal, em relação a 11,1% de negras; [...]. Quanto aos sinais de parto, 73,1% das brancas foram informadas em relação a 62,5% das negras; [...]” (p.51). Nesse sentido, aponta-se a necessidade do debate de raça para pensar ações e planejamento de atenção a saúde das mulheres.

Algumas doenças são “mais comuns” em determinados grupos étnico-raciais, em relação às mulheres negras aponta-se: diabetes tipo II, miomas, hipertensão e anemia falciforme. “A literatura norte-americana afirma que a prevalência de miomas em mulheres negras é cinco vezes maior que em mulheres brancas.” (p.52). Embora a política aponte diversas especificidades em relação à saúde da mulher negra, muitas ações não se concretizaram nas intervenções, temos muito que avançar em relação à implementação e implantação de uma política. No entanto, explicita-se a importância de ter as especificidades dessa população enfatizada em uma lei, principalmente em tempos de retrocessos dos direitos dos povos com minorias.

Em relação à saúde da mulher indígena o documento não aponta ações concretas, mas que existem dados insuficientes acerca do pré-natal, câncer de colo do útero entre outros problemas de saúde. Explicita a necessidade do desenvolvimento de políticas de saúde especificamente para as mulheres indígenas.

A saúde das mulheres da zona rural está condicionada a fatores diversos como a pobreza, situações de violência e “às relações de trabalho e de gênero que contribuem para tornar os trabalhadores rurais mais vulneráveis às enfermidades” (p.53). Questões como acesso a terra e a baixa concessão de títulos de terra para mulheres apontam como as desigualdades de gênero impactam o acesso às políticas públicas. A baixa escolaridade da população também impacta outras áreas das vidas das mulheres da zona rural, principalmente em relação a informações e ao uso de métodos contraceptivos cuidados com higiene que reflete diretamente nas condições de saúde.

As questões relacionadas a não realização do pré-natal e dados de partos domiciliares são exemplos do difícil acesso aos serviços de saúde. A exposição ao agrotóxico é outro agravante que traz sérios prejuízos à saúde da população rural. Assim, “entre os mais comuns estão: a hipertrofia celular que pode levar à ocorrência de câncer, em especial da tireoide e os distúrbios do sistema reprodutivo” (PNAISM, 2004, p.55). Nesse sentido, a política aponta a falta de pesquisas e produção de dados acerca da saúde das mulheres da zona rural. Esse processo dificulta a proposição de ações para atender as demandas específicas dessas mulheres, o que ocasiona a invisibilidade das questões das mulheres da zona rural.

As mulheres em situação de prisão é outro grupo que apresenta especificidades que devem ser refletidas para que não haja violação dos direitos de cidadania. Quanto à atenção à saúde a política aponta que em 2003 foi criado um Plano Nacional de Saúde do sistema Penitenciário. Como a política é de 2004 e o plano foi criado um ano antes, aponta-se no documento a falta de dados da saúde da população carcerária. No entanto, aponta as principais doenças que atingem essa população. São “casos de DST/aids, tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, traumas, diarreias infecciosas, além de outros problemas prevalentes na população adulta brasileira, tais como hipertensão arterial e diabetes mellitus”(idem,p.55).

Uma questão de relação de gênero levantada pela política é que as mulheres recebem menos visitas que os homens. As mulheres possuem um número maior de abandono de seus companheiros em relação aos homens, mais de 60% dos homens recebem visitas de suas companheiras, em relação

às mulheres maior representatividade de visitas está relacionada as suas mães e filhos.

Só a partir de 2001, é que foi assegurado à mulher presa o direito à visita íntima do companheiro, mas essa população feminina enfrenta ainda sérias dificuldades no que diz respeito à garantia desse direito. Quanto às visitas íntimas de pessoas do mesmo sexo, não há direito assegurado dentro do sistema prisional (PNAISM, p.57).

No tocante aos filhos dos homens presos, mais de 80 % das companheiras assumem a guarda, enquanto apenas 19% dos companheiros assumem. A maior frequência é que a responsabilidade recai sobre a avó materna (idem, p.57).

Para finalizar o documento são apontados os princípios para Atenção Integral da Saúde da Mulher. Embora não faça o uso do termo interseccionalidade aponta que questões sociais, biológicas, sexuais, ambientais e culturais devem ser levadas em consideração ao pensar a saúde da mulher, para superar o caráter “biologicista e medicalizador hegemônico nos serviços de saúde e a adoção do conceito de saúde integral e de práticas que considerem as experiências das usuárias com sua saúde”(PNAISM, 2009, p.59).

A política aponta em suas diretrizes que: “a elaboração, a execução e a avaliação das 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”(PNAISM, 2004, p.63).

Dentre os objetivos destaca-se: “Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde”. O que ainda é considerado um grande desafio à inclusão do homem no processo de planejamento familiar. Outro objetivo diz respeito à atenção obstétrica, incluindo a assistência ao abortamento, as ações devem estar pautadas nas relações de gênero, nas especificidades regionais, geracionais, de raça-etnia, sexualidade.

3.4 Análise documental: Interseccionalidade de gênero e raça na PNSIPN

Estamos convencidos de que racismo, discriminação racial, xenofobia e intolerância correlata revelam-se de maneira diferenciada para mulheres e meninas, e podem estar entre os fatores que levam a uma deterioração de sua condição de vida, à pobreza, à violência, às múltiplas formas de discriminação e à limitação ou negação de seus direitos humanos. (III Conferência Mundial contra o Racismo, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas).

O debate acerca da saúde da população negra gira em torno do racismo construído historicamente e segue agravando as vulnerabilidades a quais esta população fora submetida. A partir da III Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata que o tema saúde da população negra passa ser alvo de reflexões na agenda governamental. Esse processo tem como marco a produção de um documento que trouxe o reconhecimento da ausência do debate da saúde da população negra no âmbito do Ministério da saúde. O Documento aponta a questão da saúde da população negra como uma “área de estudo inter e transdisciplinar, que se baseia em conhecimentos produzidos nas ciências humanas e nas ciências médicas” (OPAS, 2001, p.).

Vale ressaltar que este documento serviu como base para a construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra/PNSIPN, em 2006, aprovada no Conselho Nacional de Saúde, apontando a responsabilidade do SUS na promoção de ações de atenção à saúde da população negra. Esse processo reconhece o racismo, como condição histórica, de segregação e agravamento das vulnerabilidades que a população negra está exposta (BRASIL, 2011).

A PNSIPN foi aprovada em 2006, pelo conselho Nacional de Saúde, sendo publicada apenas em 2009, e reafirmada na lei nº 12.288/10 e tem como objetivo incorporar a questão racial na formulação de dados para o SUS, reduzir o índice de mortalidade materna e infantil, dentre outros. Apontamos nesse processo a necessidade de um diálogo entre a PNAISM e a PNSIPN, para desvelar o caminho para efetividade das ações acerca da saúde da mulher negra.

A PNSIPN aponta que uma das estratégias de enfrentamento ao racismo institucional na atenção Integral à saúde da população negra se inicia com o preenchimento do quesito raça/cor em todos os sistemas de informação do SUS, porém, aponta que existem vários desafios nesse sentido.

O não preenchimento desse quesito, a ausência de variável de raça e cor tem dificultado uma análise mais aprofundada das desigualdades que atingem a saúde da mulher negra, com isso, a ausência de dados dificultam maior investimento nessa área. Traz, também, a dificuldade de monitoramento e avaliação da implementação da PNSIPN como instrumento de planejamento de gestão nas três esferas governamentais.

Cabe aqui uma reflexão acerca do racismo institucional. Segundo o documento organizado pelo Geledés – Instituto da Mulher negra, intitulado “Racismo Institucional uma abordagem conceitual”¹⁸, racismo institucional é compreendido “como mecanismo estrutural que garante a exclusão seletiva dos grupos racialmente subordinados - negr@s, indígenas, cigan@s, [...], atuando como alavanca importante da exclusão diferenciada de diferentes sujeit@s nestes grupos” (p.17).

O racismo institucional pode ser conhecido também como racismo sistêmico, ele atua na manutenção da organização da ação do Estado, das instituições públicas e privadas, “produzindo e reproduzindo a hierarquia racial”. É uma falha coletiva no processo de provisão de diversos serviços a população negra (Geledés – Instituto da Mulher negra).

O racismo institucional é um dos modos de operacionalização do racismo patriarcal heteronormativo - é o modo organizacional - para atingir coletividades a partir da priorização ativa dos interesses dos mais claros, patrocinando também a negligência e a deslegitimação das necessidades dos mais escuros. E mais, como vimos acima, restringindo especialmente e de forma ativa as opções e oportunidades das mulheres negras no exercício de seus direitos (Geledés – Instituto da Mulher negra, p.17).

Em relação às mulheres negras cabe aqui apontar que a questão de classe agrava o processo de acesso das mesmas aos serviços de saúde. Pois a taxa de mulheres negras abaixo da linha da pobreza é maior que das mulheres brancas, e isso produz significativo embate quanto à questão saúde – doença.

¹⁸Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/04/FINAL-WEB-Racismo-Institucional-uma-abordagem-conceitual.pdf>. Acessado em: 25/06/19.

De acordo com os indicadores de saúde, às populações expostas a precárias condições de vida estão mais vulneráveis e vivem menos. O relatório sobre a situação da População Mundial (2002) demonstra que o número de mulheres que vivem em situação de pobreza é superior ao de homens, que as mulheres trabalham durante mais horas do que os homens e que, pelo menos, metade do seu tempo é gasto em atividades não remuneradas, o que diminui o seu acesso aos bens sociais, inclusive aos serviços de saúde. (BRASIL, 2004, p.12)

A PNSIPN ainda enfrenta grandes desafios, principalmente entre os profissionais de saúde. De acordo com a pesquisa realizada por Santos et al (2013) com profissionais da atenção primária no Rio de Janeiro, a maioria dos profissionais entrevistados é contra a PNSIPN, pois os negros, segundo eles, não apresentariam especificidades que necessitassem de uma política em especial. Afirmam que a política fere o princípio de igualdade preconizado no SUS. Assim, apontam que a política afirma, reforça a discriminação racial no Brasil.

Em contrapartida a essas afirmativas estão às reflexões de Rocha e Göttems (2009), que apontam nas políticas de promoção de igualdade racial, que a igualdade formal deve dar lugar às políticas de promoção de igualdade material tendo por base a justiça social e distributiva. Corroboramos com as reflexões de Santos:

[...] temos o direito a ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito a ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades (SANTOS, 2003, p.56).

A PNSIPN em sua introdução aponta o reconhecimento de que as condições de vida que a população negra foi exposta a submete a diversos episódios de injustiças sociais, econômicas e culturais, resultante do processo histórico. Prevalece, na atualidade, um racismo silencioso, encoberto, porém não menos cruel, como aponta Lilia Schwarcz (2015). A persistência desta situação ao longo dos anos é facilmente observada na precocidade dos óbitos, nas altas taxas de mortalidade materna e infantil, e na maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas, bem como nos altos índices de violência urbana que incidem sobre a população negra (PNSIPN, 2009,p.5).

A Política explicita a necessidade, reconhecida pelo Ministério da saúde, de formulação de uma política como estratégia para reafirmação do princípio da universalidade preconizado no SUS. “Para a construção da política, o ministério recorreu a estudos que evidenciam essas desigualdades e estabeleceu um diálogo com os movimentos sociais por meio do Comitê Técnico de Saúde da População Negra” (PNSIPN, 2009, p.5). A articulação dos movimentos sociais torna-se principal estratégia no processo de luta e explicitação de temas na agenda governamental. A participação popular é um importante termômetro no processo de formulação e implementação das políticas públicas.

Vale ressaltar que a regulamentação da política se expressa na Portaria n. 992 de 13 de maio de 2009. Ela serve como orientação para acompanhamentos realizados pelos profissionais de saúde e servirá como base para movimentos sociais, conselheiros de saúde, dentre outros. A PNSIPN “abrange ações e programas de diversas secretarias e órgãos vinculados ao Ministério da Saúde (MS). [...] uma política transversal, com formulação, gestão e operação compartilhadas [...], seja no campo restrito da Saúde, [...], seja em áreas correlatas” (PNSIPN, 2009, p.7).

O propósito principal da política é garantir equidade na efetividade do direito humano à saúde no processo de promoção e proteção da saúde da população negra. São ações direcionadas “a utilização do quesito cor [...]; ampliação e fortalecimento do controle social; desenvolvimento de ações e estratégias de identificação, abordagem, combate e prevenção do racismo institucional no ambiente de trabalho” (PNSIPN, 2009, p.7).

No tópico “A população negra no Brasil e a luta pela cidadania”, o documento traça o processo histórico da objetivação de milhares de negros que foram escravizados, a respeito das violências, péssimas condições de vida, como também episódios de lutas, marcado pela formação dos Quilombos.

Os quilombos se revestiram em uma importante “organização social da população negra e espaço de resgate de sua humanidade, cultura e fortalecimento da solidariedade e da democracia, onde negros se constituíam e se constituem até hoje como sujeitos de sua própria história (PNSIPN, 2009,p.9).

No que concerne à questão da cidadania, Schwarcz (2015) salienta que a Lei áurea não previa a inserção dos negros no rol dos direitos da cidadania. A libertação da escravidão apresenta-se como difícil e tortuosa construção da cidadania é resultado de um ato de governo e sucessiva pressão popular e civil. O projeto de cidadania apresenta-se como inconcluso, com reveses políticos e sociais, tendo por base uma República de valores falhos, cidadania de progressos e retrocessos. Na questão da violência a autora aponta que são construções sociais e não biológicas, não é natural, traz consigo determinações culturais profundas.

Após a abolição da escravatura, diante da fragilidade do modelo de proteção social do Brasil, sob o peso da democracia racial, as questões e demandas de classe e raça emergem, luta fortalecida com o levante do movimento social negro, na década de 1970.

Entre as décadas de 1930 e 1980, eclodiram no mundo inúmeros movimentos sociais que manifestaram aos chefes de Estado a insatisfação dos negros em relação à sua qualidade de vida. No Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, constituiu um marco na luta por condições dignas de saúde para a população brasileira, uma vez que fechou questão em torno da saúde como direito universal de cidadania e dever do Estado. Na conferência, o Movimento Social Negro participou ativamente, ao lado de outros movimentos, em especial o Movimento pela Reforma Sanitária, do processo de elaboração e aprovação das propostas (PNSIPN, 2009,p.9).

Como resultado das mobilizações da 8ª conferência foi inserido o sistema de seguridade social, na Constituição Federal de 1988, conquista fundamental dos movimentos sociais. No tripé de base da Seguridade Social se estabelece a política de saúde, como direito universal e dever do Estado, “independentemente de cor, raça, religião, local de moradia e orientação sexual a ser promovida pelo SUS (PNSIPN, 2009, p.10).

Em relação à saúde das mulheres negras, o Movimento das mulheres negras passou a explicitar suas demandas, principalmente nas questões de saúde sexual e reprodutiva. “As primeiras inserções do tema saúde da população negra nas ações governamentais, no âmbito estadual e municipal, ocorreram na década de 1980 e foram formuladas por ativistas do Movimento Social Negro e pesquisadores” (PNSIPN, 2009, p.10). Vale destacar a importância dos Movimentos sociais no processo de consolidação das lutas sociais.

A questão do quesito cor passou a ser incorporado na década de 1990, importante instrumento para implementação de políticas específicas. "Em atenção às reivindicações da marcha do Zumbi dos Palmares, realizada em 20 de novembro de 1995, o que resultou na criação do Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra (GTI) e do Subgrupo Saúde" (PNSIPN, 2009,p.10). Dessa forma, o quesito cor passa ser uma bandeira do Movimento negro, no processo de explicitação de suas especificidades.

A PNSIPN aponta que a criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), em 2003, representou um importante marco na luta do Movimento Social Negro. A SEPPIR tinha por objetivo "[...] promover a igualdade e a proteção dos direitos de indivíduos e grupos raciais e étnicos, por meio do acompanhamento e da coordenação das políticas de diferentes ministérios, dentre os quais o da Saúde [...]" (PNSIPN, 2009, p.11). Essa Secretaria subsidiou diversas ações, dentre elas o II Seminário Nacional de Saúde da População negra, onde se deu o reconhecimento da existência do racismo institucional no âmbito do SUS.

De acordo com Censo Demográfico de 2000, a população negra representava 45%, 54% brancos e 4% indígenas e amarelo. O Censo demonstra, ainda, que o percentual de pessoas que se autodeclararam negras e indígenas aumentou em relação aos dados de 1991, o que segundo a PNSIPN, indica a consciência sobre sua raça.

Os dados do Censo trouxeram visibilidade as desigualdades vivenciadas entre a população negra em relação à população branca. Na questão educacional: "taxa de analfabetismo era de 12,4%, em 2001, entre os negros, a proporção era de 18,2% e, entre os brancos, de 7,7%. Em média, a população branca estudava 6,9 anos e a negra, 4,7 anos." (PNSIPN, 2009, p.13).

Nos dados por Regiões, o Nordeste apresenta menor média de anos estudados. A "Região Nordeste: 5,7 anos para os brancos e 4 anos para os negros" (PNSIPN, 2009, p.13). Na Região no Sudeste embora apresente maior média de anos estudados, a disparidade entre negros e brancos é maior, sendo em média 2,1 anos a menos para a população negra.

No que se refere à pobreza, outros estudos revelam que os negros correspondem a 65% da população pobre e 70% da população extremamente pobre, embora representem 45% da população

brasileira. Os brancos, por sua vez, são 54% da população total, mas somente 35% dos pobres e 30% dos extremamente pobres (PNSIPN, 2009, p.13).

Vale ressaltar que o documento em análise leva em consideração a classificação do IBGE, onde negros são os que se autodeclaram pretos e pardos. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Continua -PNAD- (2017)¹⁹, o percentual de pessoas que se autodeclaram pretos e pardos aumentou consideravelmente, entre os anos de 2012 a 2016. Em 2012 a população era estimada em 198,7 milhões, os brancos representavam 46,6%, pardos 45,3% e os pretos, 7,4%. Já em 2016 a população passou para 205,5 milhões, os brancos passaram representar 44,2%, os pardos 46,7% e os pretos representavam 8,2%, explicitando o aumento da população negra.

A PNSIPN traz uma reflexão acerca da questão de como a renda impacta na qualidade de vida da população, traz restrições às “liberdades individuais e sociais dos sujeitos” (p.13). Esse processo ocasiona desgastes físicos e emocionais, produtor de doenças.

De acordo com o relatório *Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde*, a assistência ao período gravídico puerperal também apresentam desigualdades alarmantes que podem agravar a saúde da mulher negra. “Verificou-se ainda que 62% das mães de nascidos brancos referiram ter passado por sete ou mais consultas de pré-natal. Para as mães de nascidos indígenas, o percentual foi de 27% e para as mães de nascidos pardos, 37%”(PNSIPN, 2009, p.13).

Outra reflexão gira em torno da questão da morte por homicídio que é maior entre a população negra, seja homem ou mulher. “[...] Ser preto ou pardo aumentou o risco de morte por homicídio em relação à população branca, independentemente da escolaridade” (PNSIPN, 2009, p.14). Enfim, a população negra e com menor grau de escolaridade estão expostas a maiores violações de direitos, como o cerceamento de liberdade e violências diversas.

Em relação à saúde da população negra, a PNSIPN apresenta algumas especificidades:

¹⁹Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Trimestral/Caracteristicas_da_forca_de_trabalho_por_cor_ou_raca/Algumas_caracteristicas_da_forca_de_trabalho_por_cor_ou_raca_2016_04_trimestre.pdf

com destaque para aqueles que podem ser agrupados nas seguintes categorias: a) geneticamente determinados – doença falciforme, deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase, foliculite; b) adquiridos em condições desfavoráveis – desnutrição, anemia ferropriva, doenças do trabalho, DST/HIV/aids, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, sofrimento psíquico, estresse, depressão, tuberculose, transtornos mentais (derivados do uso abusivo de álcool e outras drogas); e c) de evolução agravada ou tratamento dificultado – hipertensão arterial, diabetes melito, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer, miomatoses. (PNSIPN, 2009, p.15).

A análise do Relatório saúde Brasil, apontou que as mulheres negras sofrem mais morte materna que as mulheres brancas, principalmente por agravamento de doenças como hipertensão e as crianças negras por doenças infecciosas e desnutrição. A PNSIPN adverte que:

Para uma análise adequada das condições sociais e da saúde da população negra, é preciso ainda considerar a grave e insistente questão do racismo no Brasil, persistente mesmo após uma série de conquistas institucionais, devido ao seu elevado grau de entranhamento na cultura brasileira. O racismo se reafirma no dia a dia pela linguagem comum, se mantém e se alimenta pela tradição e pela cultura, influencia a vida, o funcionamento das instituições e também as relações entre as pessoas; é condição histórica e traz consigo o preconceito e a discriminação, afetando a população negra de todas as camadas sociais, residente na área urbana ou rural e, de forma dupla, as mulheres negras, também vitimadas pelo machismo e pelos preconceitos de gênero, o que agrava as vulnerabilidades a que está exposto este segmento (PNSIPN, 2009, p.15).

A PNSIPN aponta questões de raça, gênero como determinantes para pensar a atenção à população negra, porém não aprofunda o debate acerca da problematização e definição dessas categorias.

As experiências de discriminação vivenciadas por mulheres negras não, podem ser analisadas desconectadas da perspectiva de gênero, pois elas correlacionam-se e explicitam questões reais de interseccionalidade que as mulheres negras enfrentam cotidianamente. Intersecção de opressões, potencializadas por opressões patriarcais e de heteronormatividade. Cabe aqui uma reflexão acerca de fato de que as leis, políticas e programas, em muitos casos, não apontam as demandas das mulheres explicitando a negritude dessa mulher, o que acarreta “novas” segregações, “novas” subordinações. Destarte, Crenshaw (2004, p.9) aponta que “a interseccionalidade constitui um desafio, na medida em que aponta “diferenças dentro da diferença”.

Assim sendo, tanto as questões de gênero como as raciais têm lidado com a diferença. O desafio é incorporar a questão de gênero à prática dos

direitos humanos e a questão racial ao gênero. [...] Um dos problemas é que as visões de discriminação racial e de gênero partem do princípio de que estamos falando de categorias diferentes de pessoas. (CRENSHAW, 2004, p.9)

Desse modo, o desafio apontado deve ser debatido, refletido com diversos atores sociais, diálogo entre gestores, formuladores e os principais demandantes das políticas sociais. Aponta-se nessa assertiva que Questões relacionadas às desigualdades de gênero tende agravar a discriminação de raça, etnia e classe (HERA, 1995).

Quando as especificidades não aparecem na agenda governamental e não se expressa na construção e implementação das políticas públicas, neste caso a questão da raça, gera disparidade de atendimento a esse seguimento populacional que resulta em racismo institucional.

O racismo institucional constitui-se na produção sistemática da segregação étnico-racial, nos processos institucionais. Manifesta-se por meio de normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano de trabalho, resultantes de ignorância, falta de atenção, preconceitos ou estereótipos racistas (PNSIPN, 2009, p.16).

Nesse sentido, tendo por base a prevenção ao racismo institucional a PNSIPN aponta que devem ser levadas em consideração duas dimensões importantes nesse processo: As relações interpessoais e político-programática. As relações interpessoais, que envolvem as relações entre profissionais (dirigentes) e profissionais, e entre profissionais e usuários. As dimensões político- programáticas têm por características a disseminação de informações sobre as desigualdades nos momentos de nascimento, vivências, adoecimento e morte. Deve-se investir em práticas que tenha por objetivo identificar processos discriminatórios, combate e prevenção do racismo, capacitação de profissionais, assumindo um compromisso com os princípios da universalidade e equidade.

A PNSIPN aponta como diretrizes gerais e norteadora das ações: a Inclusão da discussão do racismo no processo de educação permanente para os profissionais no âmbito da política de saúde; desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, dentre outros. E, tem como objetivos a ampliação da participação de movimentos sociais, e do acesso da população negra das áreas urbanas e rurais, “incluir o tema Combate às Discriminações de Gênero e Orientação

Sexual, com destaque para as interseções com a saúde da população Negra”; prevenção de situações de abuso, violência e assédio no ambiente de trabalho, assim como incentivo a estudos e pesquisa e a produção científica; aprimoramento do sistema de informação do quesito cor em todas as coletas de dados, dentre outras ações (PNSIPN, 2009, p.19).

A política termina apontando as diretrizes e os objetivos mencionados acima. Ela faz uma abordagem de gênero, mas não se utiliza de literatura especializada para caracterizar gênero ou raça. Sentimos falta de um debate mais crítico e adensado acerca das relações de gênero e raça no processo de pensar a saúde da mulher negra. O debate de raça e gênero está posto, não podemos negar que isso é um avanço, porém de forma bem tímida e sem articulação entre as interseções de forma clara, apenas como citação dessas categorias.

Nesse contexto, pensando a questão da população negra, de acordo com Jaccoud (2008), as legislações brasileiras que emergiram no início do século XX em diferentes contextos operaram no sentido de marginalizar os negros. No entanto, nos anos 70, as lutas e conquistas do Movimento Negro americano pelos direitos civis, passaram a influenciar diretamente o Movimento Negro brasileiro. O enfraquecimento da ditadura militar somado ao levante das lutas sindicais e populares explicitam e gritam por direitos sociais para a população negra.

Diante das reflexões tecidas até o momento aponta-se que o racismo enquanto ideologia dominante abarca todas as práticas sociais, de modo inclusivo as práticas de saúde. O processo de estereotipação da população negra, do não reconhecimento, por parte dos profissionais, da necessidade de explicitação das especificidades no âmbito da política de saúde, escassas produções técnico-científica, adensam as desigualdades e disparidades no atendimento a esta população (OLIVEIRA, 2001). Este conjunto de violações aponta para novas lutas e constante resistências.

De acordo com o documento do Ministério da Saúde (2017), embora haja vários mecanismos de promoção à saúde da população negra como a PNSIPN (2009); II Plano Operativo da Política Nacional de saúde Integral a População Negra, resolução nº2/2014, dentre outras ações como curso a distância sobre a saúde da população negra, UNASUS (2014), as ações

concretas nessa direção ainda continuam muito escassas, incipientes, inconclusas. Fazer frente ao processo de implementação das políticas pode determinar maior ou menor adesão aos princípios preconizados no documento, uma teoria crítica não se converte em uma prática crítica, mas mostra o caminho a ser seguido, o que possibilita as articulações e mobilizações em prol da efetividade da ação.

4. REFLEXÕES GERAIS, NÃO CONCLUSAS

Um panorama geral das ações acerca da atenção integral da saúde da mulher articulando as intersecções que perpassam as mulheres nos mostra as diferenças e os avanços em relação à saúde da mulher. Nessa dissertação analisamos três documentos: PAISM, PNAISM e PNSIPN.

Podemos observar que o PAISM e a PNAISM levaram cerca de um ano para serem reconhecidos oficialmente, em contraponto a PNSIPN foi aprovada em 2006, pactuada em 2008 e publicada pelo Ministério de Saúde apenas 2009, ou seja, três anos depois.

Assim como o PAISM e a PNAISM surgem como forma de dar especificidades de atenção à saúde das mulheres, a PNSIPN surge da necessidade de expor as diferenças dentro da igualdade “universal” construída.

Indicamos no quadro (p.46) a importância dos movimentos na construção de uma tão sonhada equidade e cidadania. Merece destaque os movimentos feministas que marcaram presença na articulação dos três documentos analisados, e o movimento de mulheres negras, presença marcante na construção da PNAISM e da PNSIPN. A importância desse processo para construção das políticas é buscar construir uma atenção equânime nas demandas por saúde. É atacar as disparidades no atendimento entre homens e mulheres, homens e homens, e mulheres e mulheres.

Diante do exposto, aponta-se que os avanços em relação aos debates de gênero, raça/etnia e sexualidade, aparecem nos documentos, porém em muitos casos não articulados como forma de opressão interseccional. O PAISM aponta para o termo mulheres, porém não adentra a perspectiva do gênero como fator preponderante para pensar políticas. A questão da raça não aparece neste documento.

Nesse contexto, avançando no tempo e em outra conjuntura, no PNAISM, o debate acerca das relações de gênero e raça aparecem, porém a questão da raça apresenta-se como secundária, o que aponta para a necessidade de criação de políticas específicas para a população negra, diante do reconhecimento dessa necessidade na PNAISM.

A PNSIPN traz um debate rico em torno da questão da raça e os determinantes no processo saúde doença, no entanto, trata de forma tímida a

questão de gênero. As mulheres negras ainda precisam “sexualizar” o Movimento Negro, como aponta Carneiro.

Diante do exposto, todos os documentos analisados não trabalharam o termo interseccionalidade, porém a PNAISM e a PNSIPN se utilizaram do sentido do termo (a intersecção das duas categorias, como instrumento de opressão e violência). Em determinados momentos tratam apenas da questão de gênero ou apenas a questão de raça, não estabelecendo uma intersecção.

No PAISM, como citado anteriormente, nenhuma das duas intersecções aparecem de modo explícito, porém aponta para mulheres em sentido “universal”. O PAISM representou um grande avanço para a década de 1980, em relação à saúde da mulher, porém como já explicitado em diversos pontos da dissertação manteve o foco no período gravídico / puerperal. O programa tem por base uma visão da mulher universal (branca, de classe média e heterossexual). A questão da violência contra mulher não aparece como um problema de saúde pública, embora a efervescência do movimento de mulheres para explicitar a violência doméstica nessa época.

Na PNAISM a questão de gênero e raça começa aparecer. Gênero é definido na política tendo como base as reflexões de Joan Scott, entretanto, a raça não traz uma definição, apoia-se na classificação do IBGE para negros. O debate acerca da violência doméstica aparece na política, o que configura mais um avanço. A política faz referência à questão de classe, focando, principalmente, na questão dos métodos contraceptivos e o difícil acesso a estes, e no tange a morte materna.

No tocante ao PNSIPN, que também representa grande avanço ao explicitar as demandas da população negra, a política de forma sucinta apresenta a questão de gênero e aprofunda um pouco mais a questão do negro, obviamente. Aponta-se que a PNSIPN segue o ritmo dos demais documentos citados, da ênfase no debate acerca da mulher negra no estado gravídico/ puerperal, explicitando, com dados, que as mulheres negras estão mais propícia a morte materna em relação às mulheres brancas. Debate o homicídio apontando maior risco entre a população negra de ambos os sexos e nível educacional.

O debate do racismo institucional está presente na PNSIPN, único documento, dentre os estudados, a explicitar e definir o termo. A política faz um

debate aprofundado, explicitando as disparidades no atendimento e como a não inclusão do quesito cor impacta a construção de políticas específicas e equânime. No entanto, vale destacar que a política não conceitua raça e nem se utiliza de abordagens teóricas para fundamentar a discussão.

No tocante a importância dos movimentos sociais a PNAISM e a PNSIPN apontam como os movimentos foram importante na construção de uma agenda de lutas em prol da saúde das mulheres. A PNSIPN aponta que o Movimento Negro e o Movimento de Reforma Sanitária foram responsáveis por colocarem a questão do negro na agenda governamental, explicitado na 8ª Conferência de saúde, em 1986. Outro assunto que é discutido nas políticas é a necessidade de uma educação permanente, de reciclagem dos profissionais de saúde, incluído o debate de gênero e raça.

Em suma, do ponto de vista do objeto de análise desta dissertação, dentre os documentos analisados a PNAISM é que melhor discute e apresenta a questão interseccional de gênero e raça, agregando, mesmo que de forma tímida a questão da classe. Problematiza a discriminação em relação ao trabalho e dupla jornada das mulheres e falar sobre mulheres: negras, indígenas, lésbicas, dentre outras. Discute gênero com base teórica em Joan Scott, porém, esquece de um debate atual.

No entanto, enquanto o objeto de análise, todos os documentos analisados representaram avanços inegáveis que apontam para novas construções e desconstruções. Nesse sentido, as desigualdades no atendimento à saúde no Brasil revelam pelo meio de análises transversais como a interseccionalidade, como o racismo, sexismo, opressão de classe, criam desigualdades básicas que demarcam posições, principalmente, no tocante as mulheres negras.

À luz das reflexões de Simone de Beauvoir quando afirma que não se nasce mulher, torna-se mulher, Lélia Gonzalez retoma esse raciocínio no sentido da questão racial: “a gente nasce preta, mulata, parda, marrom, roxinha, etc., mas tornar-se negra é uma conquista” (GONZALEZ, 1988, p. 2). O “tornar-se negra” aponta para um processo social de construção de identidades, de resistência política. É a recusa de se ver com o olhar do outro. É a construção da autodefinição, de valorização do legado cultural negro.

O eurocentrismo articulado ao neo-colonialismo inseriram no movimento feminista formas alienadas, dentro de um movimento libertador. “Por tudo isso, o feminismo latino- americano perde muito da sua força ao abstrair um dado da realidade que é de grande importância: o caráter multirracial e pluricultural das sociedades dessa região” (GONZALEZ, 1988, p.14). Ignorar as especificidades latino-americanas invisibiliza a difícil realidade de milhares de mulheres que “pagam” o preço por não serem brancas.

De acordo com Freitas et al (2011), inúmeras foram (e ainda são) as tentativas do pensamento hegemônico em identificar o sujeito universal com o homem branco, rico, heterossexual, e com isso ocultar o sujeito feminino, a construção da história (bem como outros sujeitos silenciados)”. E, também, no interior desse sujeito feminino encontramos tendências do sujeito universal, que mascaram as múltiplas especificidades deste universo.

Nesse contexto, Lélia Gonzalez, uma das pioneiras do feminismo negro no Brasil, aponta que “as intelectuais e ativistas tendem a reproduzir a postura do feminismo europeu e norte- americano ao minimizar ou, mesmo, a deixar de reconhecer a especificidade da natureza do patriarcalismo que atua sobre as mulheres negras [...]” (GONZALEZ apud MELO, 2018, p.29). Aponta-se na “identidade branca e ocidental da formulação clássica feminista, [...] a insuficiência teórica e prática política para integrar as diferentes expressões do feminino construídos em sociedades multirraciais e pluriculturais” (MELLO, 2018, p.126). Apontar as “diferenças” dentro de um movimento de “iguais” é um processo de suma importância para construção da cidadania.

Nesse sentido, o ideal de igualdade pregado tanto dentro do Movimento Feminista, quanto no Movimento Negro fez emergir um Movimento interseccional, partindo do gênero e da raça dando ênfase as especificidades das mulheres negras dentro dos movimentos, porém, não sem conflitos e rupturas. “Assim, desde os anos de 1980, as feministas espalhadas pelo planeta vem analisando como as experiências femininas com a desigualdade são uma face do racismo, do preconceito homofóbico (Lesbofóbico), das diferentes classes sociais” (MELO, 2018, p.31).

O corpo como uma construção social é atravessado por múltiplos discursos. Vencer os “regimes de verdade” que marcam determinadas formas de ser mulher é vencer a dinâmica biológica do corpo, é pensar a saúde da

mulher para além da gestação, útero e mama. E falar sobre o corpo da mulher negra é conjecturar acerca da representação social que apresentam especificidades no contexto brasileiro e que coloca em debate o papel que esta mulher assume na sociedade.

Aponta-se que o debate acerca da saúde da mulher passa pela dinâmica do corpo. Giddens (2000) declara que o corpo é um veículo, perpassado por privilégios e “penas impostas”. A imagem que esse corpo representa é atravessada por contradições, estereótipos, crença, valores, pela sensualidade e sexualidade e ditaduras impostas em busca da perfeição.

A histórias das mulheres em algumas culturas e grupos fechados, são escritas por homens e refletida por si como verdades absolutas, clausuras pétreas, que não podem ser modificadas sem grande revolta contra a ordem. No caso das mulheres negras, suas histórias são duas vezes construídas a primeira carrega o “peso” de ser mulher e a segunda por ser negra. Sair desse círculo de opressões exige das às mulheres uma linguagem crítica para a desconstrução da imagem estereotipadas, socialmente construídas para ir a fundo nas demandas que atingem o universo múltiplo do que é ser mulher no Brasil. É evocar o “sair” da Perrot.

Pensar as intersecções de gênero e raça no processo de formulação das políticas públicas é pensar na garantia de direitos de acordo com princípios de universalidade e equidade, é apontar para um processo de construção de cidadania que alcance a todos e não apenas uma parcela privilegiada da população.

Vale ressaltar que a reafirmação desses debates é de suma importância para que haja equidade nas ações em prol da diversidade de sujeitos que nosso país apresenta. A explicitação das opressões interseccionais em documento governamental não possui passagem direta para o cotidiano. O processo de implementação se reveste de avanço e retrocessos e constantes lutas, e o da implantação também.

Segundo Nancy Fraser gênero e raça são paradigmas de coletividades bivalentes, que englobam dimensões econômicas e culturais, que aponta para redistribuição e reconhecimento. A questão do reconhecimento engloba status social, por outro lado, o não reconhecimento das especificidades aponta para subordinação social.

Diante das reflexões tecidas alguns questionamentos surgem: como afirmar a diferença garantindo a igualdade? Como afirmar a igualdade sem negar a diferença? O princípio da igualdade aponta para a conhecida frase “tratar os desiguais desigualmente na medida de suas desigualdades”, não para inferioriza-los, mas para alcançar o nível de igualdade preconizado na carta magna.

Nesse processo, pensar o papel dos movimentos e como eles interferem na construção de políticas é atentar para as formas de subjetivação de práticas que se legitimam no cotidiano. Essas práticas moldam as relações sociais. Afirmamos que o campo da saúde da mulher é um espaço de construção e reconstrução de conceitos. Os discursos que forjam as práticas em saúde da mulher explicitam “verdades” que sustentam o olhar sobre o corpo feminino.

Em relação às políticas de atenção integral à saúde da mulher, “pode-se afirmar que a maioria enfrenta ainda dificuldades políticas, técnicas e administrativas” (PNAISM, 2004, p.17). No que tange a igualdades dos direitos, Fraser (2011) aponta a emergência de “coletividades ambivalentes”, que estão sujeitas as injustiças socioeconômicas, mas que permeiam o campo de lutas por igualdades dentro das diferenças relacionais, e que atravessam questões de gênero, raça /etnia, classe social, dentre outras. Esse processo requer a afirmação das diferenças, tanto no processo elaboração como no processo de implementação das políticas de atenção à saúde da mulher.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Carla Cristina Lima. Corpo e Gênero: articulando um debate. Em Pauta. Rio de Janeiro. V.9.n. 28. Dez.2011.

_____. Carla Cristina Lima de. Feminismos e saúde. Curso Feminismos e Movimentos sociais. Projeto de extensão UFF-Mulher. Niteroi –UFF. 2016.

_____. Carla Cristina Lima de. Feminismos e saúde. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2017.

BOURDIEU, P. O poder simbólico. Tradução de Fernando Tomaz. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS n.992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

_____.Ministério da saúde. Saúde Brasil 2011. Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher - Brasília/DF

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes*/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____.IPEA. (2017). Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Retrato das desigualdades de gênero e raça. Setor Bancário Sul, Quadra 1, Bloco J, Ed. BNDES– DF.

_____. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher PNAISM. Documento de apoio às Conferências de Saúde das Mulheres Municipais, Regionais e Estaduais. Documento de apoio às Conferências de Saúde das Mulheres Municipais, Regionais e Estaduais. Brasília/DF, março de 2017.

BEAUVOIR, Simone de; Por uma moral da ambiguidade; tradução de Marcelo Jacques de Moraes. -Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2005.

BRUSCHINI, Cristina; ARDAILLON, Danielle (1998), Tesouro para estudos de gênero e sobre mulheres. São Paulo: Fundação Carlos Chagas.

CAMPOS, Marta Silva e MIOTO, Regina Célia Tamaso. “Política de Assistência Social e a posição da família na política social brasileira”, Revista Ser Social, n. 12, Brasília, 2003, pp. 165-190.

CANDAU, Maria Vera. Sociedade multicultural e educação: tensões e desafios. In: CANDAU, Maria Vera (org). Cultura(s) e educação: entre o crítico e pós-crítico. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.

CARNEIRO. "Matriarcado da miséria". Jornal Correio Braziliense, Coluna Opinião, 2000.

_____. Sueli. Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. In: Racismos contemporâneos. Organização, Ashoka Empreendedores Sociais e Takano Cidadania. Rio de Janeiro: Takano Ed, 2003.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. "Famílias e políticas públicas", in Família: redes, laços e políticas públicas (org.: ACOSTA, Ana Rojas, VITALE, Maria Amália Faller). 3. ed. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais/PUC/SP, 2007.

CASTELLS, Robert. O Poder da Identidade. v.2. 5. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2001. in A era da informação: Economia, sociedade e cultura.

CELLARD A. Análise documental. In: Poupart J, Deslauriers J-P, Groulx L-H, Laperrière A, Mayer R, Pires AP, organizadores. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Editora Vozes; 2008. p. 295-316.

CENTRO FEMINISTA DE ESTUDOS E ASSESSORIA. Tolerância institucional à Violência contra às mulheres. Brasília, 2014.

COELHO EAC. Enfermeiras que cuidam de mulheres: conhecendo a prática sob o olhar de gênero. [tese de doutorado]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2003.

COLLINS, Patricia Hill. "Em direção a uma nova visão: raça, classe e gênero como categorias de análise e conexão", Reflexões e práticas de transformação feminista (org. Renata Moreno), São Paulo: SOF, 2015. Coleção Cadernos Sempre viva. Série Economia e Feminismo, 4.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO, (CIPD), 1994, Cairo, Egito. Relatório final. CNPD; FNUAP, 1994.

COSTA AM, Bahia L, Conte D. A Saúde da Mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para as mulheres no Brasil. **Revista Saúde em Debate** 2007.

COSTA AM. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. Ciênc. saúde coletiva vol.14 no.4 Rio de Janeiro July/Aug. 2009

CRENSHAW, Kimberle. A interseccionalidade da discriminação de raça e gênero.
2002

_____. Cruzamento: raça e gênero. UNIFEM, 2004

DAVIS, Angela. Mulheres, raça e classe. São Paulo: Boitempo, 2016.

Dias, M. A. B. & Domingues, R. M. S. M. (2005). Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 669-70

DOMINGUES, P. Movimento negro brasileiro: alguns apontamentos históricos. *Tempo*, v.12, n. 23, p. 100-22, 2007.

ELIAS, Norbert; SCOTSON, Johan L. Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

FERNANDES, F. A integração do negro na sociedade de classes: o legado da raça branca. 3. ed São Paulo: Ática, 1978. 332p. 61

FERNANDES, Florestan. **A integração do negro na sociedade de classes: o legado da raça branca: V. 1. Ensaio de interpretação sociológica.** 5. ed. São Paulo: Globo, 2008

FRASER, Nancy. A justiça social na globalização: redistribuição, reconhecimento e participação. Tradução de Teresa Tavares. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, n. 63, 2002.

FRASER, N. (2001). Da redistribuição ao reconhecimento? Dilemas da justiça na era pós-socialista. Em J. Souza (Org.). Brasília: Ed. UNB

FREITAS GL, Vasconcelos CTM, Moura ERF, Pinheiro AKB. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2009; 11(2):424-8.

FREITAS, Rita et all. "História do Serviço Social – resgatando uma história de mulheres", *Revista Em Pauta*, n. 42, vol 16, 2018.

FREITAS e BARROS. Rita Freitas. Nivia Barros. Famílias e proteção social – subsídios para se pensar uma política de gênero, 2018

FOUCAULT, M. História da sexualidade: o cuidado de si. 10ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

GIDDENS, A. (2000), *O mundo na era da globalização*, Lisboa, Presença.

GONZALEZ, Lélia. "Por um feminismo afrolatinoamericano". *Revista Isis Internacional*, Santiago, v. 9, p. 133-141, 1988.

GÖTTEMS, L. B. D; PIRES, M. R. G. M. Para além da atenção básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 2, 2009.

GUIMARÃES, A.S.A. A questão racial na política brasileira (os últimos quinze anos). *Tempo soc.*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 121-42, 2001.

GUIMARÃES, Antônio Sérgio A. Como trabalhar com “raça” em sociologia. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 93-107, jan./jun. 2003.

HALL, Stuart. A identidade cultural na pós-modernidade. 3. ed. Rio de Janeiro: HASENBALG, C. **Discriminação e desigualdades raciais no Brasil** 2. ed. Belo Horizonte: UFMG; Iuperj; Ucam, 2003.

HEILBORN, M. L. Experiência da Sexualidade, Reprodução e Trajetória Biográficas Juvenis. In, *O aprendizado da Sexualidade: Reprodução e Trajetórias Sociais de Jovens Brasileiros*. Rio de Janeiro, Editora: Fiocruz e Garamond, 2006.

HIRATA, Helena. Gênero, classe e raça: interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. *Tempo Social*. São Paulo, V.26, nº1, pp.61-74, junho de 2014.

HOLANDA SB. *Raízes do Brasil* 26a ed. São Paulo: Companhia das Letras; 1995 **O mito da democracia racial**.

HOOKS, bell. Intelectuais negras. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, n. 3, p.464-478, 2osem,1995.

IANNI, O. *Raças e classes sociais no Brasil*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1972. 258p.

_____. *As metamorfoses do escravo: apogeu e crise da escravatura no Brasil meridional*. São Paulo: Hucitec, 1988.

JACCOUD, L. Racismo e República: o debate sobre o branqueamento e a discriminação racial no Brasil. In: THEODORO, M. (Org.). *As políticas públicas e as desigualdades raciais no Brasil 120 anos após a abolição*. Brasília: IPEA, 2008. p.49-6

KILOMBA, Grada. *Plantation memories: episodes of everyday racism*. Berlin: Unrast, 2008.

KILOMBA, Grada. “The Mask” In: *Plantation Memories: Episodes of Everyday Racism*. Münster: UnrastVerlag, 2. Edição, 2010.

KINGDON, J.W. *Agenda, Alternatives and Public Policies*. 2ºed. New York: Harper-Collins College, 1984.

KOETTKER JG, Brüggemann OM, Dufloth RM. Planned home births assisted by nurse midwives: maternal and neonatal transfers. *RevEscEnferm USP* [Internet]. 2013 Out; [cited 2016 Ago3]; 47(1):15-21.

LAURELL, Asa. A saúde-doença como processo social.(La salud-enfermedad como proceso social.*Revista Latinoamericana de Salud, México, 2, 1982, pp. 7-25. Trad. E. D. Nunes, p. 1 –22)*

LEMOS A. Atenção Integral à Saúde da Mulher: o olhar de mulheres que a construíram .*R. Enferm. Cent. O. Min. 2011 abr/jun; 1(2):220-227*

LINDBLOM, C.E. O processo de decisão política. Brasília: UnB, 1985. 62
MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Programa Humanização do Parto: Humanização no Pré-natal e nascimento. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

LOURO, Guacira Lopes. **Gênero, sexualidade e educação**: uma perspectiva pós estruturalista. 6. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

MADEIRA, Maria Zelma de A. Desigualdades raciais como expressão da questão social no Ceará. In: CUNHA, Aurineida; SILVEIRA, Irma Martins Moroni da.**Expressões da questão social no Ceará**. Fortaleza: EdUECE, 2014.

MALACHIAS, Rosangela. *Cabelo bom. Cabelo ruim!*.2a ed. São Paulo: Terceira Margem, 2009.

MELO, Hildete Pereira de. Mulheres e poder: histórias, ideias e indicadores. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2018.

MIOTO. R.C. Trabalho com famílias: um desafio para os assistentes sociais. *Revista Virtual Textos e Contextos*, nº 3, 2003

OLIVEIRA, Dennis de. Dilemas da luta contra o racismo no Brasil. Dossiê: Marxismo e Questão Racial. **Margem Esquerda**, São Paulo, n. 27, 2º sem. 2016.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE.Seminário Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade. Brasília: OPAS, 2001.

PAIVA, AR. Análise e avaliação de políticas sociais: algumas perspectivas do debate atual. *O social em Questão* 36(1): 19-38, 2016.

PERROT, Michelle. Sair. In: DUBY, G.; PERROT, M. História das mulheres no ocidente. Porto: Afrontamento; São Paulo: Ebradil, 1999.

ROHDEN, F. 'A construção da diferença sexual na medicina'. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(S2): 201-212, 2003.

RODRIGUES, Cristiano Santos. PRADO, Marco Aurélio Maximo. Movimento de Mulheres Negras: trajetória política, práticas mobilizatórias e articulações com o estado brasileiro *Psicologia & Sociedade*; 22 (3): 445-456, 2010. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

SAFFIOTI, Heleieth (1992), Rearticulando gênero e classe social. In: COSTA, Albertina de Oliveira; BRUSCHINI, Cristina (org.) Uma questão de gênero. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos.

_____ (2005), Gênero e Patriarcado. In: Marcadas a ferro. Violência contra a mulher, uma visão multidisciplinar. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.

SANTOS JE, Giovanna CS. Narrativas dos profissionais da atenção primária sobre a política nacional de saúde integral da população negra. *Saúde debate* 2013; 37(99):563-570

SANTOS, Hélio. A busca de um caminho para o Brasil: a trilha do círculo vicioso. São Paulo: SENAC, 2003

SCHIENBINGER, Londa. O feminismo mudou a ciência? / Londa Schiebinger; tradução de Raul Fiker. Bauru, SP: EDUSC, 2001.

SCOTT, Joan (1996), Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. Recife: SOS Corpo

SCHWARCZ, Lilia Moritz e STARLING, Heloisa Miguel. BRASIL: Uma Biografia. 1ª Edição. São Paulo: Companhia das Letras, 2015

SODRÉ, Muniz. “Raça” é sempre o outro. Ser Negro no Brasil. **Le Monde Diplomatique Brasil**, Rio de Janeiro, ano 10, n. 114, p. 6-7, jan. 2017.

SOIHET, Rachel; PEDRO, Joana Maria. A emergência da pesquisa da história das mulheres e das relações de gênero. *Revista Brasileira de História*, São Paulo, v. 27 n. 54, p. 281-300, 2007.

SOUZA-LOBO, Elisabeth. A classe operária tem dois sexos: trabalho, dominação e resistência. São Paulo: Brasiliense, 1991.

TEIXEIRA, Solange Maria. “Políticas públicas para a família: o desafio da superação do subdesenvolvimento em serviços de apoio à família”. *Revista Ser Social*, v. 12, n.27, Brasília, 2010, pp. 63-87.

TOURAINÉ, Alain. Crítica da modernidade. 7.ed. Petrópolis: Vozes, 1992

WELZER-LANG, Daniel. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. *Revista Estudos Feministas*. Florianópolis:v. 9,n. 2, 2001

WERNECK, Jurema. O livro da saúde das mulheres negras: nossos passos vêm de longe. Rio de Janeiro: Pallas: Crioula, 2000.