

ELAINE FRANÇA DA SILVA

Ascensão, crise e declínio do PAISM:

A experiência do Centro de Saúde Santa Rosa/Policlínica Sérgio Arouca, em
Niterói (RJ)

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

ORIENTADORA: Prof.^a Dr.^a Suely Gomes Costa

Niterói
2015

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

S586 Silva, Elaine França da.
Ascensão, crise e declínio do PAISM: A experiência do Centro de Saúde Santa Rosa/Policlínica Sérgio Arouca, em Niterói (RJ) / Elaine França da Silva. – 2015.
131 f.
Orientadora: Suely Gomes Costa.
Dissertação (Mestrado Acadêmico em Política Social) –
Universidade Federal Fluminense, Escola de Serviço Social, 2015.
Bibliografia: f. 90-98.

1. Mulher. 2. Saúde. 3. Feminismo. I. Costa, Suely Gomes.
II. Universidade Federal Fluminense. Escola de Serviço Social.
III. Título.

CDD 305.4

ELAINE FRANÇA DA SILVA

Ascensão, crise e declínio do PAISM:

A experiência do Centro de Saúde Santa Rosa/Policlínica Sérgio Arouca, em
Niterói (RJ)

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

Aprovada em julho de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Suely Gomes Costa (UFF)- (Orientadora)

Prof.^a Dr.^a Rita de Cássia Freitas (UFF)- (suplente)

Prof.^a Dr.^a Mônica de Castro Maia Senna (UFF)

Prof.^a Dr.^a Carla Cristina Lima de Almeida (UERJ)

As narrativas orais traçam o caminho da construção do lugar, das vivências e das experiências. A partir da memória, desenham-se mapas, traçam-se roteiros e percorrem-se caminhos.

(Joaquim O.F. Barbosa, 2011)

AGRADECIMENTOS

A Deus, à minha família e aos meus queridos professores e colegas de curso.

Em especial, Suely Gomes Costa.

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo examinar práticas feministas e femininas, em especial, aquelas presentes em uma pedagogia voltada para o processo de empoderamento político das mulheres, a Linha da Vida, largamente utilizada nas lutas dos anos 1980 por direitos reprodutivos e, mais especificamente, pela instituição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Essa pedagogia, propagada no Brasil, marca a segunda onda feminista, estimulando o protagonismo das mulheres, favorecendo a tomada de consciência e definindo orientações de lutas pelas transformações desejadas. Para tanto, este trabalho apresenta um estudo tomado da experiência do Centro de Saúde Santa Rosa, em Niterói (RJ), a partir de 1984.

Palavras-chave: Mulheres, Assistência Integral à Saúde, Prática Feminista.

ABSTRACT

The present work aims to examine feminist and feminine practices, in special, those present in an education focused on the process of political empowerment of women, the Life Line, widely used in the struggles of the eighty's for reproductive rights and, more specifically, for the institution of the Integral Assistance Program to Women's Health. This practice, propagated in Brazil, sets the second feminist wave, stimulating the feminine prominence, fostering the awareness and stablishing fighting orientations for the desired changes. Therefore, this work presents a study based on the experience of the Santa Rosa Health Center, in Niterói (RJ), since 1984.

Keywords: Women, Comprehensive health care, Feminist Practice.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. A INSTITUIÇÃO DO PAISM NO CENTRO DE SAÚDE SANTA ROSA.....	18
3. ESPAÇOS DE SOCIABILIDADE E TOMADA DE CONSCIÊNCIA: EXPERIÊNCIAS QUE COMPÕEM A GÊNESE DO PAISM.....	40
3.1. O FIO DA MEADA DA HISTÓRIA	40
3.1.1. O evento: inaugurando uma oficina na ALERJ e o caminho até o Centro de Saúde Santa Rosa.....	52
3.1.1.1. Tecendo o encontro.....	55
4. O DECLÍNIO DO PAISM EM FINS DOS ANOS 1980.....	67
4.1. A INOCÊNCIA INICIAL SE APAGA: RAZÕES QUE CONFIRMAM A CRISE.....	68
4.1.1. Descompassos e frustrações feministas no Brasil pós-1988.....	78
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	90
ANEXOS.....	99

1. INTRODUÇÃO

Durante a caminhada profissional, deparo-me com questões que me inquietam, que produzem questionamentos, que provocam rupturas com antigos ideários presentes nas práticas do cotidiano da saúde pública. No período em que estágio no Programa de Planejamento Familiar (PPF), de 2009 a 2011, na Policlínica Regional Dr. Sérgio Arouca, antigo Centro de Saúde Santa Rosa, Niterói (RJ), observações sobre essas práticas produzem reflexões acerca da realidade vivida. A burocracia do cotidiano aparece como um entrave à qualidade dos serviços, tornando-se umas das principais preocupações e o fio condutor deste trabalho. Vejo-me diante de um ambiente precarizado, atravessado por práticas burocráticas instituídas, ainda que possuidor de experiências políticas importantes, outrora vivenciadas pelo conjunto de seus servidores.

Em meio a murmúrios de profissionais declaradamente frustrados com as condições de trabalho, é possível, na convivência desses mesmos sujeitos, recuperar memórias e resgatar narrativas perdidas. Persistem, através dos anos, memórias de um esforço coletivo que marcam esse ambiente com conceitos e práticas que orientam a instituição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) nessa unidade, nos anos 1980.

Ao me familiarizar com os profissionais da área da Saúde da Mulher, no Centro de Saúde Santa Rosa, tenho a oportunidade de ouvir histórias sobre dois tempos distintos do lugar. Distintos não porque não produzem continuidades, mas porque agora estão aquém do idealizado pelos protagonistas políticos das décadas de 1970/1980. Trata-se de um período marcado pelo desejo de mudança vindo dos movimentos sociais de mulheres, em Niterói (RJ), que, no espaço do Centro de Saúde, buscam a construção de novas práticas pedagógicas na área da saúde reprodutiva, apoiadas por orientações reflexivas, em especial, do método *Linhas da Vida*, disseminado entre funcionários e usuários. Práticas pioneiras que, com base no conceito da integralidade na saúde, realizam reflexões quanto à tomada de consciência sobre questões da sexualidade e da vida reprodutiva.

A pesquisa localiza, então, um outro momento, iniciado em fins da década de 1980, agora caracterizado pelo crescente esvaziamento das iniciativas anteriores, marcadas por lutas dos movimentos de mulheres empenhadas na montagem do PAISM, nessa unidade e no estado do Rio de Janeiro.

Ao entrar em contato com essas duas conjunturas – passado e presente–, verifico a passagem de processos histórico-políticos que ameaçam direitos sociais já conquistados. Daí, percebo a ascensão, a crise e o declínio da política reprodutiva prevista pelo PAISM, temática que compõe alguns estudos, mas que, neste caso, a experiência histórica se localiza em uma unidade de saúde. Esse é um nicho que confere qualidade a este trabalho e agrega à pesquisa histórica um interessantíssimo confronto do tempo presente com o passado. Momento em que localizo novas questões: a ascensão e a queda de um programa de saúde pública em uma unidade de saúde.

As inquietações acerca do tema são fruto da experiência no PPF, que surgem graças à minha participação como estagiária desse espaço. Em razão dos dilemas atuais da atenção básica observados, passo a interrogar sobre os desvios e a interrupção dos rumos definidos pela instituição do PAISM, nessa mesma unidade.

Hoje, dilemas postos pela precarização do espaço da Saúde da Mulher, com esvaziamento das iniciativas dos movimentos sociais de mulheres, outrora responsáveis pela montagem do PAISM, parecem intermináveis. Com uma área de abrangência para muito além dos PPF, a concepção do PAISM me parece ter fenecido. Por que razões? Ao contrapor dois tempos distintos da história política do PAISM, no antigo Centro de Saúde Santa Rosa e no PPF, na atualidade, senti em minh'alma o desejo de visitar aquela década, sabendo ser, em especial, sinônimo de um tempo de efervescência política, de experiências de grupo.

A dissertação aqui apresentada trata do exame da participação dos movimentos feministas e de mulheres na construção do PAISM, a partir de 1984. Experiências políticas no município de Niterói (RJ), em particular, as efetivadas, no Centro de Saúde Santa Rosa. Destaco, em especial, aquela desenvolvida através da *Linha da Vida*, pedagogia destinada a estimular os processos de tomada de consciência individual e coletivo, com vistas a fortalecer protagonismos feministas e femininos nas lutas por direitos reprodutivos. Indica processos associativos que organizam essas mulheres e redefinem papéis com vistas à construção de políticas sociais voltadas para seus anseios de liberdade de escolhas de vida reprodutiva.

Mas, para entendermos como se dá o impacto da *Linha da Vida* como método de tomada de consciência das questões reprodutivas na construção da primeira política contraceptiva do país, é importante que entendamos em que contexto o PAISM surge como uma decisão programática do governo brasileiro, sendo importante conhecer a atmosfera social que o engendra.

No campo da saúde, em especial, dos Direitos Reprodutivos, os movimentos feministas e de mulheres conquistam espaço lutando para que o Estado passe a encarar a saúde e a

liberdade reprodutiva como algo para além de meras ações focais, ou seja, o bem-estar humano em sua integralidade. Colocando-se, inclusive, como ponto central, é de suma importância considerar as mudanças ocorridas na mentalidade das mulheres, autoras das principais transformações verificadas nas esferas pública e privada.

Através de um retrospecto, que, em parte, ainda povoa nossa realidade presente, é possível afirmar que na história do Ocidente não faltam exemplos de manifestações das mulheres contra as formas de discriminação que vivenciam. É possível verificar que essas manifestações se avolumam e expressam o surgimento de uma nova mulher, ainda que, reiteradamente, persista a valorização de seus papéis como dona-do-lar e como mãe.

No ambiente da intimidade doméstica, as mulheres desenvolvem aptidões, como cuidadoras e educadoras dos filhos e esposas exemplares, sempre associadas à missão de edificar um sólido ambiente familiar, o que, por si só, a desobriga de qualquer trabalho produtivo (D'INCAO, 1997). Claro que isso nem sempre se verifica em mulheres das camadas pobres de diferentes nações. Essas estão em atividades voltadas para ganhos que apoiam e, até mesmo, asseguram a sobrevivência familiar. Esse modelo, porém, é rompido em muitas ocasiões, por vários motivos e circunstâncias. De todo modo, ainda no século XX, serão muitos os impedimentos aos deslocamentos das mulheres para a esfera pública, ressalvados alguns clássicos exemplos de exercício de poder de 'mulheres notáveis'.

Sem mais delongas, a respeito do delineamento e da metodologia de pesquisa, durante as aulas com a professora Cenira Duarte, em 2009, na Universidade Federal Fluminense (UFF), exponho minhas angústias vividas no campo de estágio, e, logo, Cenira me fala sobre a história que há em meu espaço de atuação, no antigo Centro de Saúde Santa Rosa, e me estimula a produzir um Diário de Campo. Cenira me conta parte da memória política que tem sobre o lugar e sobre uma pedagogia chamada *Linhas da Vida*. Assim, me apresenta um fio condutor, que venho desenterrando desde então.

Sendo assim, sigo estagiando, participando dos atendimentos aos usuários, das reuniões do PPF, e, no ano de 2009, envolvo-me na execução do *Programa de Saúde e Prevenção nas Escolas (PSPE)*, no Instituto Vital Brazil. Durante o desenvolvimento do projeto, são realizadas diversas rodas com professores de escolas municipais de Niterói (RJ) para discussão de questões que perpassam o 'mundo dos jovens', como sexualidade, violência e uso de drogas. Em uma das oficinas, é realizada uma dinâmica de grupo que se assemelha, em partes, à proposta da *Linhas da Vida*. Mais uma vez, o objeto da minha pesquisa me rodeia de alguma forma.

De fato, a temática *Saúde Reprodutiva* me é familiar. Estive ligada a esse debate desde meados da graduação, caminho que segui percorrendo, sempre em contato com os profissionais da Saúde da Mulher no antigo Centro de Saúde. Mais tarde, no ano de 2010, elaboro, com a supervisão de uma assistente social e o auxílio de uma enfermeira, o projeto *A saúde do homem e o Planejamento Familiar*, que visava a estimular a participação de usuários do sexo masculino nas reuniões de planejamento familiar. A partir de então, nossos laços se estreitam e eu descobro, através de conversas, que ainda existem profissionais atuantes no Centro de Saúde que vivenciaram a *Linhas da Vida*. Estavam localizados ali alguns dos atores que viriam a compor minhas primeiras pesquisas sobre o tema.

Orientada por Cenira Duarte, sigo realizando minha monografia e encontrando tantos outros personagens responsáveis pela disseminação da pedagogia no Centro de Saúde: Dr. César Macedo, Katia Rato, Vania Maciel, Suely Gomes Costa – que, mais tarde, tornaria-se minha orientadora do mestrado. Logo, ao concluir a monografia, em 2012, não deixo de manter-me ligada ao tema, pesquisando em meu projeto de pós-graduação.

Examinar práticas pedagógicas, em especial, a *Linhas da Vida*, que teve importante impacto na instituição do PAISM no Centro de Saúde, é, para mim, fazer uma aproximação com a história do lugar em que estabeleço vínculos. Examinar essa experiência, nesse sentido, significa revisitar caminhos que indicam trajetórias políticas dos movimentos feministas e de mulheres no município de Niterói (RJ).

O período que passo estagiando e em contato com os profissionais da unidade me possibilita a iniciação da pesquisa de caráter exploratório, registrada em diário, e a realização de entrevistas para o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Desde o período de estágio, mantenho-me atualizada acerca das questões de meu campo de estudo, realizando visitas ao local e conversando com profissionais ali localizados.

Ao entrar no mestrado do Programa de Estudos Pós-Graduados de Política Social da UFF, no segundo semestre de 2013, inicio minha produção bibliográfica produzindo artigos, que são apresentados, mais tarde, no 2º Encontro Internacional de Política Social e 9º Encontro Nacional de Política Social, no III Seminário de Educação, Diversidade Sexual e Direitos Humanos e no XIV ENPESS – Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, produzido pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). Em março daquele ano, também tenho um artigo sobre a experiência no Santa Rosa aceito para publicação na Revista Saúde em Debate, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (*Cebes*). Alegremente, vejo que esses são indícios da fertilidade do tema e da importância da experiência iniciada há décadas.

A confecção desses artigos proporciona-me, em companhia da professora Suely Gomes Costa, um melhor delineamento do objeto da pesquisa, clareamento dos objetivos e aprofundamento teórico do tema. Embora já tivesse algum contato com o assunto, muitas referências novas são acrescentadas, e o exercício criativo ganha novos horizontes.

Diante do objetivo exposto, percebo que, ao examinar tais experiências educativas que compõem a gênese do PAISM, acabo por me antecipar ao campo da avaliação da própria política. Logo, recorrerei à Pesquisa Qualitativa debruçada sobre o Método Histórico, que me proporciona um olhar apurado sobre os processos políticos desencadeados, percepções que não se dariam se minha escolha resultasse na aplicação do método quantitativo, comumente utilizado na avaliação de políticas públicas. Usualmente, verificamos uma enxurrada de metodologias predominantemente quantitativas que limitam-se a um conjunto de valores estatísticos com baixa referência social ou política. Por consequência, se optasse pela utilização do método quantitativo, abriria mão do enfoque sobre os jogos políticos, conflitos e ambiguidades que envolvem meu objeto de pesquisa, arenas invisibilizadas em inúmeras pesquisas (LOBATO, 2004).

Segundo Minayo (1994, p.21): “A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes [...]”. Por isso, decido-me por esse método, que me dá subsídios para o aprofundamento no mundo dos significados das relações humanas, lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas (MINAYO, 1994).

Com o auxílio do Método Histórico, também preencho os vazios dos fatos e acontecimentos. Investigo eventos, processos e instituições do passado, desde o período de sua formação e suas modificações ao longo do tempo, verificando suas influências na sociedade de hoje (VASQUES, s/d).

Ao propor a pesquisa qualitativa, faço uso de fontes orais coletadas por meio de entrevistas gravadas, devidamente autorizadas pelos entrevistados. Utilizo entrevistas já realizadas nos anos de 2012 e 2013, dentro e fora da unidade de saúde, além de uma nova rodada de entrevistas, nos anos 2014 e 2015, incluindo novos atores. Meus novos encontros ocorrem nas residências e nos consultórios dos entrevistados. Apenas em um caso a entrevista se dá no próprio Centro de Saúde Santa Rosa, tendo em vista que o servidor ainda se encontra vinculado à unidade.

Creio que essas fontes orais me fornecem materiais extremamente ricos para a análise do vivido. Através dessas fontes coletadas, examino o reflexo da dimensão coletiva a partir da visão individual. Aí se encontra, a meu ver, parte da beleza da metodologia da história oral.

Recorro, ainda, a documentos, TCCs e bibliografias produzidos sobre o período estudado, com destaque para os importantíssimos documentos do Seminário Direitos da Reprodução, ocorrido na ALERJ, em 1984, e a 9ª Audiência Pública da Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher, realizada também na ALERJ, em 2009. Conto, ainda, em especial, com a tese de Ana Maria Costa, militante do movimento de mulheres, que realizou elogiada avaliação quantitativa do PAISM, em 2004; e com meu Diário de Campo, datado de 2009-2011.

Como bem indica Minayo (1994, p.19): “Se quisermos [...] trilhar a carreira de pesquisador, temos de nos aprofundar nas obras dos diferentes autores que trabalham os temas que nos preocupam, inclusive dos que trazem proposições com as quais ideologicamente não concordamos.”.

Para a amostra intencional, a princípio, demarco um universo de sete profissionais, servidores, disseminadores e participantes de práticas educativas femininas e feministas, em especial, a *Linhas da Vida*. Práticas que apoiam a instituição do PAISM, no Centro de Saúde Santa Rosa, a partir da segunda metade da década de 1980 e início de 1990. No entanto, no decorrer da pesquisa, apenas quatro puderam ou se interessaram em ceder entrevista. São eles: o ex-diretor da unidade, médico sanitário e militante da área, Dr. César Macedo; a militante feminista Suely Gomes Costa; a enfermeira Márcia Moreira; e a terapeuta, criadora da metodologia *Linhas da Vida*, Martha Zanetti.

A partir desse universo, utilizo como instrumento de pesquisa entrevistas semiestruturadas que me possibilitam, ao mesmo tempo, a aplicação de roteiros previamente construídos e, também, de diálogos abertos com os entrevistados.

Como tais práticas educativas, em especial, a *Linhas da Vida*, surgem? Como adentram o campo da saúde? Os entrevistados são estimulados a falar sobre suas percepções políticas no contexto das práticas educativas. Como militantes ou não militantes, possuiriam alguma afinidade ou vínculo com movimentos de base ou político-partidários? Como percebem a ascensão, a crise e o declínio dessas práticas pedagógicas no âmbito do PAISM? Qual é a importância dessas iniciativas no contexto do programa e quais são as expectativas com relação ao PAISM recém-instituído na unidade? Como percebem a situação do programa na atualidade e o fim dessas práticas ‘autorreflexivas’? Essas são questões que norteiam as entrevistas semiestruturadas.

O tema das práticas educativas femininas e feministas que envolvem a gênese do PAISM e suas importantes implicações para a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres brasileiras tem sido pouco abordado na literatura acadêmica. Portanto, este trabalho visa a preencher uma lacuna fundamental do campo da saúde coletiva, reavivando a gênese histórica das concepções de assistência à saúde feminina que possam superar o tradicional modelo materno-infantil. Embora este trabalho almeje concentrar-se em uma experiência localizada, em Niterói (RJ), pretende um resgate abrangente do tema. Essa é uma iniciativa necessária para manter viva a memória histórica de tão importantes experiências, de forma que as novas gerações de mulheres e de homens comprometidos possam se apropriar desse legado político-pedagógico, especialmente em tempos de tantos retrocessos no âmbito da saúde reprodutiva.

Agora, notadamente, a poucas linhas do início do trabalho, apresento a organização dos capítulos, que se dará da seguinte forma: Nesse 1º capítulo, introduzi minhas motivações e objetivos de pesquisa, além da metodologia empregada. No 2º capítulo, **A instituição do PAISM no Centro de Saúde Santa Rosa**, trato da gênese do PAISM sob a perspectiva de três protagonistas que abraçam a experiência da *Linhas da Vida*, como forma de apoiar o desenvolvimento do programa na unidade: Suely Gomes Costa, Dr. César Macedo e Márcia Moreira.

No 3º capítulo, **Espaços de sociabilidade e tomada de consciência: experiências que compõem a gênese do PAISM**, conto sobre os caminhos que dão origem às práticas educativas, em especial, a *Linhas da Vida*.

Para tanto, apresento uma nova protagonista: Martha Zanetti. Como sinaliza Suely Gomes Costa, orientando-me a respeito do caminho a seguir, essa experiência foi algo “o tempo todo pensada por Martha”. Provoca-me a investigar. Logo, nesse novo capítulo, discorro sobre os caminhos que levam Martha até o PAISM e seu protagonismo, juntamente com mais dezenas de mulheres, no Seminário sobre Direitos Reprodutivos, realizado na Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro (ALERJ), em 1984. Como os caminhos dos diversos atores se cruzam e o Centro de Saúde Santa Rosa torna-se um satélite, em Niterói (RJ), das lutas desencadeadas na ALERJ?

No 4º capítulo, **O declínio do PAISM em fins dos anos 1980**, trato do esfriamento das iniciativas advindas dos movimentos de mulheres, outrora responsáveis pela montagem do PAISM no Centro de Saúde. Examino essas experiências políticas em fins dos anos 1980, quando, notadamente, após o processo de redemocratização, esses movimentos se reorganizam. Com relação ao movimento feminista e de mulheres, muito embora, de início, o

ideal de igualdade tenha sido a grande bandeira, aos poucos, isso se move, provocando diásporas no interior das organizações. As mudanças ocorridas dentro dos movimentos não estão distantes das ocorridas nos demais movimentos sociais das décadas seguintes. Segundo Montecinos (2003), os rumos seguidos pelas novas democracias, ao invés de possibilitarem a ampliação de espaços de participação social, dão lugar a reformistas econômicos, insensíveis às questões de gênero. Com o surgimento dos partidos políticos, os movimentos sociais, particularmente os de mulheres, perdem apoio, membros e líderes.

Nesse último capítulo, além de contar com as narrativas dos sujeitos entrevistados, faço uso da Ata da 9ª Audiência Pública da Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher, ocorrida em 2009. No documento, sob o tema *Uma oficina: construção da linha do tempo da luta pelo combate à mortalidade materna*, deputadas e militantes discursam, fazendo um balanço das lutas por direitos reprodutivos desde os primeiros mandatos feministas na ALERJ, em 1980, até os dias de hoje, em que verificam o esfriamento das iniciativas anteriores. Através dessas falas, observo a importância da tomada da Assembleia pelas mulheres para o fortalecimento das ações desenvolvidas em todo o estado do Rio de Janeiro, em especial, no Centro de Saúde Santa Rosa.

Através das percepções sobre esse campo, movo-me em outras direções, elaborando críticas à pedagogia *Linhas da Vida*, que, muito embora tenha sido inovadora para o momento, ignoraria as discussões de gênero, reunindo mulheres em torno de um ideal de ‘irmandade’ (ou ‘sororidade’). Mulheres seriam iguais por gerarem filhos, por menstruarem. Da mesma forma, homens seriam iguais por conta de especificidades biológicas, o que acarretaria a invisibilidade da homossexualidade, por exemplo. Ao final da década de 1980, a convicção da ‘irmandade’ chega ao fim, evidenciando desigualdades entre mulheres, entre homens, entre os sexos.

Ainda assim, nota-se que, nos anos 1980, presenças feministas e do movimento de mulheres na construção do PAISM marcam o árduo caminho percorrido pelas mulheres rumo ao seu reconhecimento político, ao longo de sucessivas décadas. Saídas das mulheres em direção ao espaço público vêm ocorrendo ao longo dos séculos XIX e XX. Elas sugerem processos de empoderamento e novos protagonismos políticos, todos de suma importância para a construção das políticas sociais no Brasil. Através de experiências de troca entre mulheres desiguais, tensões políticas se avolumam, impulsionando a redefinição dos rumos das políticas de saúde para as mulheres até então implantadas no Brasil.

Experimentando um importante acúmulo de saberes, as mulheres constroem um programa afinado com seus anseios de liberdade reprodutiva, tornando o PAISM um lugar

comum delas próprias. Nesse momento, uma nova pedagogia feminista as auxilia, pavimentando novas vias ao empoderamento e ao conhecimento de suas próprias identidades. Fica evidente que toda essa atmosfera política influencia, definitivamente, a formulação das políticas de saúde.

A pedagogia, em especial, a *Linhas da Vida*, orienta a superação do Programa Materno-Infantil e a implantação do PAISM, com base na perspectiva das mulheres como sujeitos. Essa experiência ajuda na sistematização do conceito da integralidade da assistência à saúde, perspectiva de atenção que auxilia os rumos da VIII Conferência Nacional de Saúde e marca a concepção do Sistema Único de Saúde (SUS) (COSTA, 2007a).

A experiência pioneira realizada no Centro de Saúde Santa Rosa, no município de Niterói (RJ), iniciada em 1984, hoje, Policlínica Regional Dr. Sérgio Arouca, oferece um interessante estudo do tempo enunciado aqui. Esse espaço fala de lutas pela saúde reprodutiva, fala de protagonismos femininos e feministas, e, em especial, de um masculino.

2. A INSTITUIÇÃO DO PAISM NO CENTRO DE SAÚDE SANTA ROSA

As lutas que afloram na década de 1980 envolvem diversos atores comprometidos com novos ideários. Um exemplo disso é o campo da Saúde da Mulher, esse dos direitos sexuais e reprodutivos. Os movimentos desse campo constroem estratégias de luta que extrapolam o limite das demandas localizadas e ampliam a noção de direito. “Mudanças institucionais devem à existência dos movimentos sociais a sua qualidade, estando intimamente atreladas à força transformadora destes” (BEM, 2006, p.1138).

Percebo que os movimentos sociais realizam um papel histórico maior do que simplesmente revelar tensões e contradições ideológicas desses tempos. Eles, acima de tudo, revelam-se como bússolas para a ação social, que impulsionam e conquistam a institucionalização jurídico-legal de direitos sociais (BEM, 2006).

A experiência realizada no Centro de Saúde Santa Rosa, no município de Niterói¹(RJ), é resultado dessas lutas que refletem impregnações políticas maiores, uma tentativa de inovação no campo da saúde reprodutiva.

Com muitos anos de existência e experiência em questões relativas à Saúde da Mulher, o Centro de Saúde Santa Rosa possuía um espaço privilegiado que reunia profissionais interessados em mudar o estado da saúde no município. Inaugurado em 1953, localizava-se no chamado ‘velho casarão’, no bairro de Santa Rosa. Duas décadas depois, no ano de 1974, a unidade de saúde transferiu-se para sua sede própria, na Rua Ary Parreiras, no bairro Vital Brazil, em Niterói (RJ) (ESCUDEIRO, 2005). Espaço muito utilizado para a capacitação de profissionais, era um polo de treinamento do Ministério da Saúde, conforme me explicou Márcia Moreira (2012)², enfermeira com quem convivi durante meu período de estágio e com quem dividi minhas inquietações:

A equipe da Saúde da Mulher era um todo, era assim: tinha duas médicas [...] muita gente era treinada aqui, vinha gente de tudo quanto era lugar, São Pedro da Aldeia, Quissamã, Macaé, tudo quanto era lugar. A Saúde da Mulher era um todo, era uma coisa muito mais abrangente que o Planejamento Familiar.

¹ - O município de Niterói ocupa uma área de 129. 375 km² e localiza-se na orla oriental da Baía da Guanabara. Os limites geográficos de Niterói são: ao Sul, o Oceano Atlântico; a Oeste, a Baía de Guanabara; a Leste, os municípios de Maricá e parte do município de São Gonçalo; e ao Norte, o município de São Gonçalo.

Fundada no século XVI, Niterói torna-se, em 1834, capital provincial e estadual por quase 130 anos, sediando órgãos da administração federal e estadual, fato que se torna um marco para a região em matéria de referência política, de cultura e de serviços, notadamente na área da saúde. Na década de 1980, Niterói já possui 397.000 habitantes (SANTIAGO, 2010).

² - Agosto de 2012.

Médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos são, nesses tempos, remanejados de diferentes áreas da gestão pública, objetivando a organização de equipes de excelência para integrarem o espaço da saúde reprodutiva. Nessa conjuntura, há uma permissão governamental para que profissionais do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) exerçam atividades nas redes básicas de saúde nas regiões periféricas da cidade (SANTIAGO, 2010).

Na década de 1970, a organização do sistema público de saúde centrava-se no modelo ‘hospitalocêntrico’, adjetivo que caracterizava o padrão assistencial predominante, baseado no atendimento e na internação hospitalar. Percebe-se, ainda, que a carga desses hospitais estava a assistência médica previdenciária, enquanto a saúde pública, ofertada ao restante da população não segurada, estava sob responsabilidade dos Centros de Saúde, modelo de unidade existente desde a segunda década do século passado (MATTOS, 2001).

Registra-se que em grande parte dos Centros de Saúde os atendimentos prestados à população eram relativos a ações tipicamente preventivas, como a imunização ou as ações de alguns dos programas verticais do Ministério, a exemplo da hanseníase ou da tuberculose (MATTOS, 2001). Sendo assim, o Centro de Saúde Santa Rosa era descrito, na época, como um órgão da administração direta da Secretaria de Estado de Saúde e Higiene, com a finalidade de desenvolver ações objetivando a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doenças existentes nas comunidades e a melhoria das condições sanitárias do ambiente. Verifica-se que caberia aos centros ofertar, basicamente, serviços de atenção primária à saúde (OLIVEIRA, 1984).

Após o processo de descentralização da saúde, consolidado em Niterói (RJ), nos anos de 1989-1992 (COHEN; SENNA, 2002), o antigo Centro de Saúde Santa Rosa torna-se uma instituição pública ligada à Fundação Municipal de Saúde de Niterói (RJ), com área municipal de abrangência restrita a determinados bairros, conforme estabelece o SUS em seus princípios organizacionais. Após uma série de nomes recebidos, a unidade atualmente chama-se Policlínica Dr. Sérgio Arouca, em referência a um dos principais teóricos e líderes do Movimento Sanitarista, o ‘guru’ da Reforma Sanitária³ no Brasil (SOPHIA, 2005).

Na esteira das transformações políticas que ocorrem no âmbito da saúde, grande parte das conquistas devem-se aos movimentos sociais, em especial, aos movimentos feministas e de mulheres. Vejo que na trilha dessas transformações estão as mudanças ocorridas

³ - “A matriz teórico-conceitual do movimento sanitário pode ser encontrada na delimitação de sua área de conhecimento, expressa na adoção do conceito de *saúde coletiva*, uma originalidade nacional face à heterogeneidade de denominações habituais, como saúde pública, medicina social, medicina preventiva, medicina comunitária” (FLEURY, 1987, p.94).

nasconsciências femininas e feministas do Ocidente, que, a partir da década de 1970, influenciam substancialmente o campo da saúde. Inicia-se a Segunda Onda Feminista⁴.

Como resultado de profundas transformações da vida em comum, mulheres se associam e fazem com que questões gerais vivenciadas por elas aflorem em lutas por direitos. Tratando-se desses tempos, o movimento feminista já possui influência entre intelectuais brasileiras. Ideias feministas, especialmente do feminismo europeu, são introduzidas no país, dando substância ao início do movimento de mulheres contemporâneo (COSTA, M., 2004)⁵. Nesse tempo, mulheres engajadas politicamente acabam por envolver-se em questões para além das próprias, engrossando as lutas pelo fim da repressão militar (COSTA, A.A., 2005). Essas novas protagonistas do cenário político brasileiro se associam a outras militantes de esquerda que retornam ao país após a aprovação da Lei de Anistia, em 1979. Movimentações advindas de ‘lutas gerais e lutas específicas’ dão indícios das dicotomias existentes no interior dos movimentos (PEDRO, 2006).

Reunido em torno de novas demandas, o movimento evidencia sua pluralidade de reivindicações afinadas a questões sociais em tempos de Ditadura. Segundo Scherer-Warren (2008), manifestações cívicas públicas se avolumam contra o poder autoritário em uma perspectiva de pôr fim às restrições dos direitos civis e políticos. Com o processo de democratização, muitos movimentos passam a reivindicar a criação de direitos antes negligenciados pelo Estado, como, por exemplo, os direitos sociais, culturais, de gênero. Especialmente no Brasil, os feminismos tomam um novo impulso, afirmando que o ‘pessoal é político’. Surgem por esses anos as primeiras falas sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos, que, segundo Ávila (2003), dizem respeito à igualdade e à liberdade pessoais nas decisões relativas a essas esferas, e o reconhecimento da sexualidade e da reprodução como dimensões da cidadania⁶. Nos anos seguintes, muitos são os marcos que legalizam esses direitos.

⁴ - “Uma das narrativas fundadoras do feminismo da Segunda Onda no Brasil informa que, graças à definição, pela ONU – Organização das Nações Unidas, de 1975, como o Ano Internacional da Mulher, e como ano de início da Década da Mulher, aconteceu no Brasil o ressurgimento do movimento feminista ‘organizado’. Este teria sido inaugurado com uma reunião, ocorrida em julho de 1975, na ABI – Associação Brasileira de Imprensa, no Rio de Janeiro, e com a constituição do Centro da Mulher Brasileira, também naquela cidade. A partir de então, teria ocorrido o aparecimento de outros espaços de união e movimento feminista em outros lugares do Brasil” (PEDRO, 2006, p. 250).

⁵ - Segundo Soihet (2005, p.591): “Nos anos 1960, em meio à rebelião contracultural, acompanhada pela luta dos negros norte-americanos em busca dos direitos civis e pelos protestos contra a guerra do Vietnã, emerge a rebelião das mulheres. Irrompe uma nova vaga feminista nos Estados Unidos e na Europa, a qual também se manifestou vivamente no Brasil. Apontavam tais mulheres como uma mistificação a separação entre o público e o privado, entre o pessoal e o político, insistindo sobre o caráter estrutural da dominação, expresso nas relações da vida cotidiana”.

⁶ - Que pode ser definida “[...] como um estado em que os indivíduos se sentem e se percebem como pertencentes à vida pública, como uma orientação de princípios e, principalmente como produtora do espaço da convivência civil [...]” (SOARES, 2003, p.89).

Em âmbito nacional, destacam-se: o PAISM/MS, de 1984; a Constituição Federal de 1988; a Lei nº 9.263/1996, que regulamenta o planejamento familiar; a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher/MS, de 2004; a Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos/MS, de 2005 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Em âmbito internacional, duas conferências promovidas pela Organização das Nações Unidas (ONU) marcam o novo momento político: a primeira é a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994, que confere um papel primordial à saúde, aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos. Parte daí o abandono da estratégia de combate à pobreza por meio de políticas de controle populacional. A Conferência avança, passando a colocar em debate questões como desigualdades de gênero, meio ambiente e Direitos Humanos. Diante das novas deliberações, 179 países assumem responsabilidades em torno dos novos objetivos estabelecidos por esses marcos legais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Outro importante referencial, no que concerne ao avanço de direitos para mulheres, é a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing, Pequim, em 1995, em que se reafirmam os acordos estabelecidos no Cairo, avançando-se ao definir os direitos sexuais e direitos reprodutivos como Direitos Humanos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

No que diz respeito aos grupos sociais que dão respaldo a tais marcos legais, localizo os movimentos sociais de mulheres como coletivos atuantes dessa área. “Iniciado nas camadas médias, o feminismo brasileiro, que se chamava de ‘movimento de mulheres’, pela sua pluralidade, expandiu-se através de uma articulação peculiar com as camadas populares [...], constituindo-se num movimento inter-classes” (SARTI, 2001, p.37).

Os feminismos no Brasil caracterizam-se por sua forma peculiar de organização. Estruturados em bases locais, trocam experiências com moradores das periferias (SARTI, 1998). Em Niterói (RJ), mesmo que na invisibilidade, na maioria das vezes, há registros de que as mulheres envolvem-se em lutas pela garantia de direitos básicos de sobrevivência. Desde a década de 1940, já há uma efervescência vinda do movimento de mulheres, acesas nos movimentos pela redemocratização, que está presente nas associações de moradores. Trata-se de um período marcante no que diz respeito às iniciativas políticas que superam, em grande parte, as reflexões do campo comunitário, específicas de determinados grupos, possibilitando o protagonismo feminino na formulação de políticas públicas (ARRUDA, 2005).

Verifica-se que esses movimentos associativos substituem os partidos políticos e as atividades político-partidárias, reprimidas a partir do golpe de 1964, funcionando como canais de expressão popular na defesa de melhores condições de vida (SANTIAGO, 2010).

Nesse período, ideologias feministas seguem disputando espaços com a Igreja Católica. Questões como sexualidade, aborto, planejamento familiar, entre outros assuntos tidos como pertencentes ao âmbito privado, começam a ser debatidos com maior fervor entre um maior número de mulheres. A mobilização política da época permite a criação de ‘grupos de reflexão’, inicialmente, nos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo (SARTI, 2001). Sem ressonância pública e sem interferência masculina, até aquele momento, esses grupos são formados por mulheres conhecidas umas das outras, amigas (PEDRO, 2006).

Duas são as vertentes feministas que influenciam a formação desses grupos: uma, vinda da França, e outra, dos Estados Unidos. No que diz respeito à vertente europeia, verifico sua contribuição teórica acentuada, voltada às discussões sobre a circulação de mulheres nos âmbitos público/privado e seus rebatimentos históricos: a servidão doméstica e a ‘dupla jornada de trabalho’. Nesse período, os coletivos franceses já atuam denunciando tais desigualdades, repensando o caráter político da ‘divisão sexual do trabalho’, tensões que modificam as relações sociais (HIRATA; KERGOAT, 2007). Em contrapartida, a vertente americana tem como característica predominante a prática de ‘grupos de reflexão’ voltados para a transformação pessoal e cultural (PEDRO, 2006).

No Brasil, um dos primeiros grupos surge em São Paulo, no ano de 1972, e, em seguida, no estado do Rio de Janeiro, por conta de Branca Moreira Alves. Em sua estada nos Estados Unidos, Branca entra em contato com esses grupos de reflexão e, ao voltar ao Brasil, forma-os. Inicialmente, une mulheres de diferentes idades em um só grupo, mas a diferença de gerações as inibe. Então, opta por dividir o grupo entre as da geração de sua mãe, acima de 45 anos, e as de sua própria geração. O grupo das mais jovens dura de 1972 até o final de 1973 (PEDRO, 2006). Todavia, tais experiências se multiplicam através de sucessivos processos associativos permeados por feminismos informais. O caminho trilhado pelo trânsito dessas práticas fala de conflitos e do surgimento de redes de solidariedade.

Nessa perspectiva, Pedro (2006) indica que militantes de esquerda, tidas como mais radicais, não se identificam com os ‘grupos de reflexão’. Segundo elas, as lutas pela autonomia e pelo controle do corpo são consideradas ‘ideias específicas’ e, portanto, divisionistas da ‘luta geral’ pela democracia, que consideram prioritária.

O fato de os grupos terem surgido nas rodas feministas de classe média também é motivo para que muitos militantes apelidem os círculos de ‘chá das cinco das ricas ociosas’

(PEDRO, 2006). No período inicial, o PAISM, no Santa Rosa, também é considerado por muitos um ‘clube de luluzinhas’, embora juntasse também alguns homens ao movimento de mulheres nas oficinas. Essa junção de homens e mulheres marca a experiência inaugural do PAISM, nessa unidade, conta-me Suely Gomes Costa (2014).

Na época, jornalistas, através de seus meios de comunicação, também engrossam o coro daqueles que não aceitam as movimentações políticas gerais de mulheres e se utilizam de zombarias para desqualificá-las (SOIHET, 2005): ‘Tem uma briga contra o Pasquim. O Pasquim que era antifeminista pra burro... Rachel [Soihet] desvenda o caráter, assim... conservador do Pasquim, entendeu? Machista pra burro’, lembra Suely Gomes Costa (2015). Atitudes que refletem estados de consciência.

Mas a resistência ao preconceito se fortalece, e, posteriormente, os ‘grupos de reflexão’ se espalham, ganhando sucessivas sistematizações como práticas educativas na área da saúde e em outras áreas. Deles se utilizam programas de capacitação de recursos humanos do Ministério da Saúde, programas de saúde da mulher das Secretarias dos Estados e Municípios (ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 1985), congressos internacionais de saúde (PRIMER ENCUESTRO REGIONAL SOBRE LA SALUD DE LA MUJER, 1984), grupos autônomos de mulheres (GRUPO MARIA MULHER, 1986) e organizações internacionais (COSTA, 2009b). Como saldo desses anos, reconheço que essas práticas permitem pequenas revoluções individuais e coletivas, possibilitando o empoderamento⁷ político dessas mulheres.

Protagonismos femininos, não necessariamente feministas, também estão intimamente associados à sexualidade e às lutas por direitos reprodutivos: “Questões relativas à vivência de uma sexualidade plena e livre de riscos, o controle do próprio corpo e o direito de decidir sobre como e quando ter filhos, constituíram-se como temas centrais de reflexão e de vivências” (FERREIRA; MARQUES, 2008, p.1). O avanço se faz, notadamente, com a conquista de direitos em um campo de muitas interdições: o da sexualidade e da reprodução.

⁷ -O *empoderamento* tem sua origem no inglês *empowerment*. Possui muitas definições, mas a que nos interessa é a que surge nos anos 1970, nas falas de movimentos feministas e de negros. O empoderamento é entendido como resultante de processos políticos no âmbito das relações sociais, entre indivíduos e grupos, que alteram estruturas de poder. (HOROCHOVSKI; MEIRELLES, 2007). Entre as vias possíveis para a transformação das estruturas políticas de poder, estão as tomadas dos espaços democráticos e participativos, assim como a organização dos sujeitos em torno de questões específicas (LISBOA, 2008).

Sobre o conceito, podemos ainda acrescentar que: “Numa perspectiva emancipatória, empoderar é o processo pelo qual indivíduos, organizações e comunidades angariam recursos que lhes permitam ter voz, visibilidade, influência e capacidade de ação e decisão. Nesse sentido, equivale aos sujeitos terem poder de agenda nos temas que afetam suas vidas. Como o acesso a esses recursos normalmente não é automático, ações estratégicas mais ou menos coordenadas são necessárias para sua obtenção” (HOROCHOVSKI; MEIRELLES, 2007, p.486).

Isso se move ainda na revisão dos programas vinculados à proteção materna. Alguns profissionais elevaram a voz nesse período, defendendo o direito à saúde em sua integralidade. Temas como prazer sexual sem gravidez, uso de contraceptivos e esterilização entram para o elenco de questões que começam a mobilizar mulheres comuns em torno dos direitos reprodutivos (COSTA, 2009a). Obviamente, essa transformação da consciência feminina sobre a sexualidade e a vida reprodutiva não surge de forma isolada. Ela, necessariamente, inclui, também, decisões do sexo masculino. A tentativa de repensar o papel da mulher e a atenção que ela recebe, até então, por parte das políticas públicas de saúde, vem acompanhada de uma série de transformações políticas e ideológicas da vida em comum e da intimidade. Desde meados da década de 1970, o campo da saúde torna-se espaço de intervenções políticas de movimentos sociais de mulheres, com ações dirigidas tanto ao exercício dos direitos sexuais e reprodutivos quanto à qualidade da atenção nos serviços de saúde (FERREIRA; MARQUES, 2008). Verifica-se, com isso, o deslocamento desses movimentos em direção às unidades de saúde, locais culturalmente submetidos ao poder masculino.

O Centro de Saúde foi pioneiro na realização das oficinas de ‘reflexão e ação’ (ou ‘grupos de reflexão’), também conhecidas como *Linha da Vida*, por conta de Martha Zanetti. Disseminadas em vários países do mundo, receberam nomes como *Herstories* ou *Bitchsessions* (COSTA, 2009a).

Na opinião de Suely Gomes Costa (2014), a pedagogia facilita o trabalho da integralidade no campo da saúde e se organiza por iniciativa de algumas feministas que a teriam vivido no exterior, promovendo-a. Tempos depois, no estado do Rio de Janeiro e também em São Paulo, reuniões de mulheres próximas e em diferentes casas são organizadas. Essas experiências são deslocadas, por algumas profissionais de saúde, para seus ambientes de trabalho. Forja-se, assim, uma pedagogia experimental de ‘reflexão e ação’, de natureza informal, ao alcance de apenas mulheres próximas, conhecidas, mas que se desloca e multiplica em sucessivas formalizações por profissionais da área de saúde. Desvenda-se um processo contínuo de politização.

É interessante relacionarmos a relevância desses grupos para o desenvolvimento do PAISM. Esses espaços são de extrema importância para que mulheres, homens e profissionais da saúde possam pensar que tipo de política gostariam de construir. Os grupos de reflexão se propagam nas unidades de atenção primária no estado do Rio de Janeiro. Há uma intensa capacitação de profissionais, inclusive com o treinamento de Agentes Comunitários de Saúde (COSTA, 2007a).

Logo, o Centro de Saúde Santa Rosa torna-se referência para o treinamento de pessoas em oficinas em todo o estado. Treinamentos gratuitos são realizados pela militância de diversas vertentes feministas em unidades de saúde. Assim como indica Chinelli (2011): Nos anos 1980, militantes do Movimento Sanitário também passam a dedicar-se à formulação de propostas de organização institucional da saúde. Para além da articulação com sindicatos e movimentos sociais, passam a ocupar cargos no Ministério da Saúde e órgãos vinculados, o que indica a influência desses grupos nas propostas de reatualização educacional dos profissionais de saúde.

Buscando promover a afirmação da mulher como sujeito de direitos, com vistas ao reconhecimento de sua cidadania, as práticas educativas inovadoras, em especial, a *Linhas da Vida*, são criadas através das experiências dos movimentos de mulheres em seus diversos momentos.

No Brasil, as oficinas se multiplicam, alcançando vários estados desde meados dos anos 1970. Em Niterói (RJ), essa metodologia leva mulheres a dar depoimentos sobre suas vidas e a se engajar em lutas sucessivas no âmbito da saúde reprodutiva. No Centro de Saúde, a introdução dessa pedagogia feminista é feita pela Prof.^a Suely Gomes Costa, da Escola de Serviço Social da UFF, em 1984 e nos anos seguintes, na condição de orientadora de estágio discente, nessa mesma unidade. Ela vivera a experiência da *Linha da Vida* em um evento promovido pela Comissão dos Direitos Reprodutivos, o Seminário Direitos da Reprodução, criado na Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ) por Lúcia Arruda, deputada estadual e militante feminista (PT). Isso se dá por um convite ocasional feito a ela pela Prof.^a Hildete Pereira de Mello, da Faculdade de Economia da UFF, militante feminista, quando de uma ida ao Centro de Saúde para uma palestra:

[...] eu fui ao Seminário de Direitos da Reprodução, fiquei encantada. Entrei em uma Linha da Vida. Entrando nessa dinâmica, eu achei que essa era uma forma da gente não só reciclar, fazer treinamento de pessoal pra área de saúde reprodutiva, no posto de saúde, como também pegar alunos [...] (Suely Gomes Costa, 2015).

Vivida a experiência, a Prof.^a Suely a introduz entre profissionais do Centro de Saúde, buscando obter estímulos à implantação do PAISM, no governo Brizola, nos termos definidos pela Comissão Legislativa (COSTA, 2007a). A *Linha da Vida*, como pedagogia emancipatória, é empregada e propagada por alunos e profissionais do Centro de Saúde,

engendrando um efeito multiplicador de muitas iniciativas. Fato que permite que a pedagogia seja totalmente abraçada pelo Dr. César Macedo, diretor da unidade naquela época.

O profissional responsável por buscar novos rumos para a saúde do município de Niterói (RJ), em especial, no período em que esteve à frente do Centro de Saúde Santa Rosa, na segunda metade da década de 1980, estimula diversos eventos de cunho feminino e feminista. César Roberto Braga Macedo é médico sanitarista, formado pela UFF, profissional interessado em desconstruir toda e qualquer forma institucionalizada e ‘engessada’ de fazer saúde. Além de colaborar para o desenvolvimento de novas práticas reflexivas entre usuários e profissionais da área, é um dos primeiros homens, na unidade, a estar num ambiente ocupado por mulheres, estimulando iniciativas e sucessivos eventos com o uso da *Linha da Vida*. Também a seu convite, Martha Zanetti, a organizadora de um texto de sistematização da *Linha da Vida* ao Centro de Saúde, faz um debate sobre essa metodologia para um auditório lotado por quadros dessa unidade e de outras, tornando públicas as orientações em marcha. Dr. César Macedo se apropria dessa pedagogia, reconhecendo-a como um importante instrumento de sensibilização para mudanças de práticas médicas e divulgando-a entre os mais diversos sujeitos. Em seu consultório particular, situado no bairro de Icaraí, Dr. César Macedo me recebe, em Janeiro de 2013, com muita simpatia, lembrandoos momentos vividos naquele período:

Eu era o diretor do posto de saúde Santa Rosa. Essa experiência foi uma tentativa de trabalhar, no Centro de Saúde, algo para além daquilo que era uma abordagem clínica imediata. A gente sempre achou importante, e acha, discutir o que era essa abordagem clínica e de qualidade. Era importante construir e trabalhar uma abordagem metodológica que possibilitasse à própria clínica reconfigurar sua forma de ser, sua forma de estar, sua dinâmica. Uma coisa que eu sempre gostei foi de misturar as pessoas. Eu nunca gostei de fazer um grupo só de mulheres, ou só de idosos, ou só de adolescentes. Sempre achei importante encontrar uma metodologia que possibilitasse às pessoas trabalharem as singularidades de cada um, a diversidade de experiências, de expressões do processo de vida.

A escolha desse profissional se dá por essa peculiar presença masculina em um ambiente político das mulheres, o que expõe uma parceria ainda pouco usual no campo das lutas por direitos reprodutivos.

A pesquisadora Suely Gomes Costa, que, com sua história de vida e produção bibliográfica sobre esse período, dá alma a este trabalho, defende a importância de valorizarmos a experiência ocorrida no Centro de Saúde através dos olhos do médico, em especial. Segundo ela, o nome de César Macedo deve ser lembrado como de extrema relevância na condução das ações ali desencadeadas (COSTA, 2010).

Em Niterói (RJ), em sintonia com toda a movimentação política que ocorria no país, grupos de profissionais de diferentes áreas militam em defesa de formas diferenciadas de se trabalhar a saúde. Na esteira dos acontecimentos, desenvolve-se um projeto que antecede a implantação do Sistema Único de Saúde, mas que serve como exemplo para a construção de todo um modelo estrutural de saúde. Segundo Santiago (2010): O Projeto Niterói é um movimento precursor da consolidação do SUS, inaugurando um modo de prestação de serviços à população mediante um trabalho integrado de diversas instituições, com destaque para a UFF, para o Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), INAMPS⁸ e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Como um dos eixos de ação do Projeto Niterói, destaco o desejo de articulação entre o campo do fazer profissional e o acadêmico. Seguindo esse espírito, de busca de novas fronteiras, Dr. César Macedo (2013) e Suely Gomes Costa (2015) expõem a consolidação de uma parceria, até então, inédita entre a universidade e o Centro:

Na época, eu procurei a Escola de Serviço Social (UFF). Então, eu fui lá, conversei com a diretora e com a Suely [Gomes Costa]. Ficamos conversando por uma tarde inteira sobre o próprio Serviço Social e sua abordagem histórica, a evolução da compreensão que as próprias assistentes sociais estavam tendo em relação à sua formação, em relação à compreensão sobre sua inserção dentro das equipes de saúde... Até que decidimos que a escola faria do Centro de Saúde um ponto de estágio. Aí, a Suely levou um grupo de alunos e apresentou para a gente o '*Linha da Vida*'. A Suely leva a discussão que o movimento de mulheres havia travado... Me lembro bem que quem trabalhava com isso era a Martha Zanetti.

Onde é que tinha estágio? César Roberto [Dr. César Macedo] estava abrindo campo de estágio para todas as áreas. Tinha corpo de residentes médicos, tinha escolas privadas que... faculdades privadas me pediam estágio e tal, e eles precisam de supervisores, também. Lá, né? Tinha professores e supervisores, aí, eu estou na escola e vou para o Santa Rosa, e César é dessa geração que está revolucionando a saúde pública também. Então, uma conjuntura de muitos encontros. [...] as escolas começaram a criar as faculdades particulares de Serviço Social, e as meninas dessas escolas foram para o Santa Rosa e ficaram comigo, né? E também recebiam supervisão minha, quer dizer, não era uma supervisão, era um encontro de mulheres, e foi muito bom. César [Dr. César Macedo] abriu todas as portas, todas as janelas. Ele entrou, inclusive, em uma Linha da Vida, como homem [...]. Então, ele aplicou o programa com muita fé. E, aí, começa uma mobilização interna de treinamento de equipes do Santa Rosa.

Suely Gomes Costa informa: “Compúnhamos uma equipe que, então, introduzia nessa unidade inovações cruciais nas regras de atendimento em geral e no nascente PAISM, depois

⁸ - Durante muito tempo responsável pelo financiamento da assistência médica previdenciária, o INAMPS foi extinto em 1993.

espraiadas para outras unidades de saúde do município e do estado” (COSTA, 2010, p.2).
 Lembra, ainda, em uma conversa que tivemos em 2014:

Teve gente que se apaixonou, teve gente que não se adaptou. E aí, o interessante é que o Santa Rosa repercutiu. Teve uma orientanda de um Serviço Social de outra área... e elas [outras alunas que não conheciam a experiência] pediam pra assistir. Eu morria de pena! Elas chegavam como se ali fosse uma coisa nova. Muitas meninas de outras universidades frequentavam, da rede privada de ensino, queria muito lembrar o nome delas.

Nesse instante, novos atores somam forças fazendo circular, tanto no ambiente acadêmico quanto no das práticas cotidianas de saúde, novas perspectivas para a tomada de consciência política, de autoconhecimento e de ações focadas em demandas sociais reconhecíveis. Com o encontro de muitos mundos, até então distintos, as questões postas no dia a dia dos profissionais e usuários são percebidas como questões que também estão presentes nos debates e nas pautas de lutas travadas pelos movimentos de mulheres.

Destaco, ainda, as servidoras Martha Zanetti, Maria Virgínia e Vania Maciel, como participantes dessa atmosfera de mudanças e facilitadoras da disseminação das práticas educativas, em especial, as *Linhas da Vida*, largamente usadas no Centro de Saúde. Contam, ainda, com a contribuição de Santinha, uma das responsáveis pela montagem da saúde em Niterói (RJ), de Cristina Boaretto e de Katia Rato, entre muitas outras profissionais de saúde e militantes da área.

Vejo que o objetivo das pedagogias femininas e feministas desenvolvidas por essas servidoras não era fazer com que as mulheres pensassem de forma igual, mas, sim, de possibilitar o empoderamento feminino através do desvendamento da capacidade individual e coletiva de luta por direitos (PEDRO, 2006). A intenção era de permitir que mulheres e homens avaliassem suas práticas profissionais na unidade de saúde a partir da experiência reflexiva que a pedagogia proporciona.

No Centro de Saúde, Dr. César Macedo (2013) conta como foi trabalhar com essa perspectiva através das oficinas de ‘reflexão e ação’:

Resolvemos fazer o [a] Linhas da Vida. Eu participei, mas era difícil porque eu era o diretor do Centro de Saúde, mas, na maior parte das vezes, eu acompanhei e participei, e era bem interessante, porque eram grupos heterogêneos. Era uma professora da UFF, suas alunas, profissionais da saúde e a população... Era um grupo grande. Sempre achei importante encontrar uma metodologia que possibilitasse às pessoas trabalharem as singularidades de cada um, a diversidade de

experiências, de expressões do processo de vida. Eu achava importante a Unidade de Saúde trabalhar seus profissionais, de outras categorias, né?

“Lembro-me [...] de muitas tensões vividas por mulheres, profissionais de saúde, que, ao contrário desse médico, negaram-se a participar, por exemplo, de dinâmicas de grupo [...] centradas na linha da vida de cada um” (COSTA, 2010, p.3). Segundo Suely Gomes Costa, muitos profissionais se negam a participar das oficinas alegando não terem sido treinados a falar de si, mas apenas a ouvir e falar do outro. Todavia, enquanto alguns se fecham à possibilidade, Márcia Moreira aceita o desafio, hesitante: ‘Eu não sabia fazer grupo, eu sabia teoria, mas é difícil. Teoria é uma coisa, praticar é outra’.

Dr. César Macedo (2013) avalia que havia fortes tensões entre alguns servidores do Centro de Saúde Santa Rosa. Alguns até deixam de apoiar a realização das oficinas, defendendo, inclusive, o seu fim:

Existia uma certa resistência dos profissionais da Saúde Mental, não sei se diria resistência, de que esses grupos se tornassem grupos terapêuticos. Era uma preocupação justa, mas não eram grupos terapêuticos. Embora, quando você está trabalhando em grupo, você movimenta sensações, está movimentando sentimentos, movimentando frustrações, traumas. Você cria uma movimentação psicoafetiva muito grande, você tem que ter cuidado. Quem é o analisado? Sou eu ou você?

Suely Gomes Costa (2014) confirma as investidas de servidores que objetivavam denunciar as práticas, alegando serem pertencentes a outra categoria profissional:

[...] tinha um psicólogo em Santa Rosa. Um dia assistiu à dinâmica e disse: ‘eu vou denunciar vocês por terapia em grupo!’. [disseram] ‘Não! Ninguém está fazendo terapia em grupo!’. Era brabo o cara! Ele queria fazer uma comunicação. Olha como é também o próprio processo de controle das carreiras. Mas aquilo virou [as oficinas] um sucesso no Santa Rosa, e ele estava à margem.

Embora com algumas resistências, os grupos de reflexão começam a se expandir, organizando redes de solidariedade. Em momentos singulares, são organizados espaços de discussão em que usuários e profissionais discutem juntos as formas de atendimento, de tratamento, a imposição de saberes que se revela nas consultas médicas. Através das falas dos diversos sujeitos, vê-se emergirem questões das mais variadas que evidenciam práticas impessoais, institucionalizadas, deficiências crônicas do serviço público.

Bourdieu (1989), através do conceito de ‘violência simbólica’, pode ser citado aqui para expressar a imposição de saberes de determinados sujeitos sobre outros, tanto entre os próprios profissionais quanto entre profissionais e usuários do serviço público, estes últimos reconhecidos historicamente como pobres e necessitados. Pode-se admitir que os processos históricos e culturais são capazes, na maioria das vezes, de tornar a ‘violência simbólica’ como algo aparentemente natural aos olhos dos dominados. Desta forma, antigos valores e tradições são mantidos, perpetuando desigualdades de gênero, etnia e classe. Reflito, ainda, sobre as receitas médicas escritas com letras muito difíceis de serem entendidas por leigos em medicina. Ao invés de descreverem com clareza a medicação da qual o paciente fará uso, optam por essa prática que amplia a dependência dos indivíduos com relação aos médicos. Como superar essas marcas? Infelizmente, práticas como essas, reproduzidas a todo instante, definem relações de discriminação social não somente no ambiente hospitalar, mas em todas as esferas da sociedade. E as mulheres são alguns dos sujeitos que mais sofrem com tais práticas. “A relação dos profissionais médicos com as mulheres deve estar baseada no reconhecimento das duas naturezas de autoridade, a científica por parte dos médicos e a cultural trazida pelas mulheres” (COSTA, A. M., 2004, p.26).

Discutir todas essas questões naquele momento, em uma unidade de saúde, era algo totalmente novo, tanto para os usuários quanto para os profissionais, que se abriam a uma nova possibilidade de atuação.

Vê-se que a pedagogia forma grandes grupos de reflexão em torno de assuntos que outrora eram mantidos em segredo pelas mulheres, como é o caso do aborto. Temos, ainda, discussões que, infelizmente, pouco avançam em matéria de ações concretas, como é o caso da cultura da reprodução como ‘assunto de mulher’, que reiteradamente colabora para o afastamento dos homens das responsabilidades reprodutivas. “A ausência masculina nos assuntos da reprodução e o quanto isso é familiar aos profissionais de saúde, nos reporta a noção de estranhamento nos assuntos da reprodução” (LOLE, 2006, p. 33). Isso tem se movido lentamente ao longo das décadas, mas quanto dessa cultura persiste? Os atuais Programas de Planejamento Familiar têm se caracterizado como ‘espaço de mulheres’ e comprovado a quase inevitável feminilização do PAISM.

Entre as iniciativas constatadas de profissionais da saúde para reverter tal quadro está a tomada de poder da direção do Centro de Saúde Santa Rosa. Havia, segundo Suely Gomes Costa (2014), ‘uma estratégia de permanência’, que resulta em sucessivas gestões femininas – inclusive, de uma assistente social, o que seria incomum, até então. ‘Pegar a direção do posto era fundamental’ para que as mudanças prosseguissem.

Não há como contestar que todas essas experiências ocasionam redefinições nos limites do privado e do público. Elas acabam por moldar novas relações sociais, inclusive e principalmente, no interior das famílias. Para uma mudança dessa magnitude, admite-se, teria ocorrido um importante acúmulo de saberes e de experiências. Ele se expressa com maior nitidez nos anos 1980, quando, então, busca-se evidenciar e debater a forma pela qual as mulheres vivenciam, no isolamento de seus lares, muitas das suas questões existenciais. E descobre-se mais: as mulheres também oprimem e, no âmbito das relações privadas, aceitam o papel de ‘rainhas-do-lar’ porque ganham compensações com sua fragilidade, como também resistem e transgridem (COSTA, 2004). Segundo Andrade (2014), a “história da mulher sempre vítima e jamais motor de qualquer opressão trata as mulheres todas como se fossem seres sem vontade, sem legitimidade, que nada sabem sobre a sociedade e as violências, sempre fracas demais, sem agência”. Mulheres são sempre vítimas? Terrenos pouco explorados indicam relações entre mulheres desiguais. Logo, atento para a complexidade dos sistemas de poder e subordinação que perpassam relações de classes, étnicas e geracionais, entre tantas outras, em suas muitas interseções. No que diz respeito às desigualdades entre as mulheres, isso é patente (COSTA, 2004).

Em princípio, a romantização construída em torno da ‘igualdade’, conceito em que as mulheres se percebem como ‘irmãs’, ofuscaria tensões nas relações que estão longe de ser equacionadas. Ainda assim, associam-se e realizam movimentações públicas, momento em que produzem cultura, através de peças, jornais, revistas e congressos. Esses são tempos de organização de diversos grupos autônomos de mulheres em torno de questões específicas. Um exemplo e ‘produto’ dessa movimentação política é a construção do PAISM, no início da década.

No Centro de Saúde Santa Rosa, reflexos dessas diferenças são patentes nos desacordos verificados entre profissionais dos movimentos feministas e de mulheres na construção do PAISM que a Secretaria Municipal de Saúde desejava implantar e no PAISM ‘desnormalizado’, defendido por Cristina Boaretto. ‘Ela não permitia mandos, e a Secretaria queria regravar o programa no Centro’, narra Suely Gomes Costa (2014), lembrando-se de uma desavença ocorrida em público, entre Boaretto e uma profissional ligada à Secretaria, fato que reforça a ‘bronca que Boaretto tem das feministas’.

Cristina era uma fã da experiência, ela dava toda força. Nós tivemos uma briga braba com a Santinha. Santinha era do partido comunista, ela dirigia também algo no Estado [...]. Havia uma subcoordenadora do Estado que veio a mando de Santinha... (tentava lembrar) Ah, Riff! Como era o nome dela... Márcia Riff! E havia uma tensão dela com Cristina [...]. A briga foi com a Cristina, ela queria mandar no

Santa Rosa, sabe? Aí, você tem que mostrar também essas estruturas de poder na saúde. A autonomia dessas instituições é relativa, né? Ela queria nos subordinar ao poder do Estado [...] e a Cristina dizia pra ela: ‘cada unidade vai ter a sua dinâmica, Márcia. Não vai ser uma coisa só! Cada grupo tem uma história’. Mas ela não entendia, ela queria regulamentar as Linhas da Vida (risos), a dinâmica de grupo, entendeu? E deu um ‘pau’, delas quase baterem uma na outra. Isso eu assisti.

Tempos de ‘rebeldia’ e contestação dão origem ao programa, que, como bem indica Sobrinho (1993), trilha caminhos tortuosos desde sua construção até sua institucionalização.

O PAISM surge no ano de 1983, em resposta à Comissão Parlamentar de Inquérito sobre problemas populacionais, a pedido do Presidente João Baptista Figueiredo (COSTA, A.M., 2004).

Nesses anos, as questões sobre o crescimento populacional já afloram no mundo, e o tema ‘planejamento familiar’ mostra-se recorrente nas Conferências sobre População, em 1974, em Bucarest; em 1984, no México; e em 1994, no Cairo⁹.

Os que celebram os resultados do Cairo veem a formalização do conceito de Saúde Reprodutiva¹⁰ como um avanço no que concerne à possibilidade de mulheres e homens terem seus anseios de liberdade sexual e reprodutiva atendidos. Nessa perspectiva, o direito das pessoas decidirem se querem ou não ter filhos e o direito à livre reprodução sem discriminação, por exemplo, passam a ser garantidos e defendidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Com relação à Saúde Reprodutiva, a CIPD ratifica o conceito definido em 1988 pela OMS (Organização Mundial da Saúde).

A Saúde Reprodutiva, se bem posso definir, é parte de um movimento mais amplo da saúde, que traduz um estado de luta e insubmissão não necessariamente advindo de

⁹ - “Nessas conferências, a posição formal do Brasil esteve identificada pela defesa do livre arbítrio das pessoas e dos casais em relação ao número de filhos, desatrelando práticas contraceptivas dos interesses relativos a dinâmicas populacionais e políticas demográficas. A pressão sofrida pelo Brasil durante a Conferência Mundial sobre o Meio Ambiente, realizada no Rio de Janeiro em 1992, liderada pelos EUA e integrada por seus parceiros do chamado Primeiro Mundo, introduz um argumento novo ao controle demográfico. Dessa vez, o argumento fundamenta-se na necessidade de garantir a política de controle da fecundidade, em alusão à provável escassez dos recursos naturais, assim como à necessidade de assegurar equilíbrio e proteção ambiental” (COSTA, A.M., 2004, p.15- 16).

¹⁰ - “A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e as suas funções e processos, e não de mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para se reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Implícito nessa última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos de regulação da fecundidade, de sua escolha, que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que deem à mulher condições de atravessar, com segurança, a gestação e o parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva. Isso inclui também a saúde sexual, cuja finalidade é a intensificação das relações vitais e pessoais e não simples aconselhamento e assistência relativos à reprodução e a doenças sexualmente transmissíveis” (NACIONES UNIDAS, 1995, anexo, cap. VII, par. 7.2 *apud* MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 13).

feministas, mas de atores sociais comprometidos, incluindo protagonismos masculinos, em mudar o estado das coisas.

Nesse instante, práticas educativas inovadoras, como a pedagogia *Linhas da Vida*, orientam a superação do Programa Materno-Infantil e a implantação do PAISM com base na perspectiva das mulheres como sujeitos, sistematizando a noção de integralidade (COSTA, 2007a). Mas, de fato, com que tipo de cultura o PAISM tenta romper? Quais são as expectativas sobre o programa?

Ao observar as árduas movimentações políticas femininas e feministas em defesa dos direitos reprodutivos, detenho-me na complexa relação entre ciência, cultura e medicina que molda as primeiras políticas de saúde para mulheres.

Antes, na década de 1920, a preocupação com a higiene de ambientes e com o perigo de doenças relacionadas a bactérias e insetos é grande. Ações de saúde e prevenção estão diretamente ligadas a práticas femininas (FREIRE, 2006). A preocupação demográfica e o medo do alastramento de doenças venéreas provocam a intensificação de processos educativos voltados para a formação de mães mental e fisicamente ‘saudáveis’.

Segundo Freire (2006), o estabelecimento da maternidade científica, nas primeiras décadas do século XX, no Brasil, institui decisiva influência sobre a construção das políticas relativas à saúde da mulher. Considerada como o exercício da maternidade embasada nos saberes academicamente legitimados, a maternidade científica é objeto de práticas educativas próprias e da supervisão médica. Essa ideologia direciona todas as demais políticas de saúde desenvolvidas para a mulher¹¹, evidenciando o poder normatizador de instituições médicas e do Estado. Entre as décadas de 1930 e 1970, os programas materno-infantis traduzem o espírito da ‘nova mulher-mãe’, com base em sua especificidade biológica.

Se as ações do Estado com relação a questões de saúde estão intimamente ligadas ao ambiente familiar e ao papel de cuidadora exercido pela mulher, por outro lado, a extensão da

¹¹-O primeiro programa estatal a tratar da questão da maternidade surge durante o Estado Novo, no período de 1937 a 1945. Segundo documento do Ministério da Saúde (2011), as ações desse programa eram desenvolvidas e coordenadas pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (MES), por intermédio da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância. No final da década de 1940, as atividades desse programa passariam a ser executadas pelo Departamento Nacional da Criança (DNCr). Este último coordena a assistência materno-infantil no país até o ano de 1969. Suas principais atividades seriam dirigidas à infância, à maternidade, à adolescência e ao combate à mortalidade infantil. O DNCr associa seu projeto educativo à puericultura, mesclando ações que não somente enfatizam os cuidados com as crianças, como, também, o bem-estar da mulher grávida e em período de amamentação. A maternidade era a preocupação central.

No que diz respeito à saúde da mulher e à da criança, quase vinte anos depois, é criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, cujo propósito seria o de contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade da mulher e da criança. É importante ressaltar que, embora conquistas estivessem se dando no campo do desenvolvimento de políticas de saúde, os programas criados, até então, dariam ênfase exclusivamente ao ciclo gravídico puerperal. Suas principais diretrizes seriam o cuidado com a nutrição infantil e com as mães, sendo que o alvo das ações incidiria sobre as mulheres em idade fértil, sobre as gestantes, parturientes e puérperas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

prole define a intensidade dos encargos diários regulando o tempo doméstico. Serão muitos os impedimentos às saídas das mulheres para a esfera pública, ressalvados alguns clássicos exemplos de exercício de poder ao longo das décadas. Mudanças de regulação do tempo feminino levam a constantes negociações e rearranjos das relações de gênero, atualizações de tantas desigualdades (COSTA, 2002).

Não há como tratar das movimentações políticas femininas e feministas nos espaços públicos sem considerar os sistemas de proteção social primários. Relações de solidariedade e cuidado podem ser verificadas, principalmente entre mulheres pobres, através da maternidade transferida, fenômeno que favorece saídas em busca de estudo e trabalho. Para a realização de atividades fora de casa, as mulheres delegam tarefas domésticas a outras mulheres, ao longo das últimas décadas. Percorrendo extensas redes de solidariedade envolvendo amigas, parentes, vizinhas, mulheres acabam por receber filhos de outras que saem – estratégias informais utilizadas para compensar as precárias redes de proteção estatal. São essas relações cotidianas do cuidar que atualizam desigualdades seculares entre mulheres no que concerne ao acesso a direitos sociais (COSTA, 2002).

É claro que, quanto mais vulnerável a família, mais importantes tornam-se essas ‘redes de reciprocidade’, que preenchem uma lacuna deixada pela ausência de políticas públicas voltadas para a seguridade social (GIFFIN, 2002).

No Brasil, a disponibilidade de creches, como programa oficial de governo, dá-se apenas nos anos 1970, após muitas reivindicações. Ainda nos dias de hoje, são elas poucas e precárias, descasos que reatualizam estratégias de sobrevivência¹² e ‘lugares femininos’, principalmente de famílias mais pobres (COSTA, 2002). Constata-se que, tanto a questão reprodutiva quanto os cuidados com os filhos continuam sob a responsabilidade das mulheres. Ainda que alguns avanços tenham sido verificados, no que concerne à divisão de tarefas domésticas com homens, as responsabilidades referentes à saúde reprodutiva permanecem como ‘assunto de mulher’ (LOLE, 2006). Não obstante, ao longo de sucessivas décadas, homens e mulheres buscariam o controle da prole, mesmo que de forma clandestina.

Isso se verifica, notadamente, nas décadas de 1980-1990, quando as taxas de natalidade declinam, chegando aos 2,3 filhos por mulher. A evidente mudança no padrão de procriação soma-se ao alastramento da AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e aos excessos na medicalização do corpo (COSTA, A.M., 2004). O último *babyboom* chega ao fim devido,

¹² - “Na década de 70, o conceito ‘*estratégias de sobrevivência*’ ganha prevalência nas análises de famílias de baixa renda na América Latina, principalmente nas áreas urbanas ‘periféricas’ onde a inserção ‘informal’ no mercado de trabalho urbano resulta na ocupação ‘informal’ dos espaços urbanos sem infra-estrutura, fenômeno crescentemente visível com a massiva migração da época” (GIFFIN, 1994, p.24).

principalmente, ao consumo crescente de contraceptivos, produzidos em escala industrial, acontecimento que favorece a diminuição do tempo consagrado à gestação, fenômeno que nem sempre é verificado em países do terceiro mundo. “De fato, foi na ausência de qualquer intervenção oficial que ocorreu significativa redução da fecundidade no Brasil. Foi assim sem qualquer tipo de política demográfica que se alterou o comportamento reprodutivo da população [...]” (SOBRINHO, 1993, p.24).

Segundo Bandeira e Melo (2010), até fins do século XIX, as mulheres têm limitado controle sobre seu corpo diante dos poucos avanços da medicina na área reprodutiva. A gravidez, até então, era o destino das mulheres, tendo em vista que a sexualidade não poderia ser exercida estando desvinculada de uma possível gestação. Devido às crescentes saídas rumo aos espaços públicos, o controle da natalidade torna-se necessário e decisivo na vida das mulheres no que tange a uma melhor administração do tempo doméstico. Ainda, a intensificação do processo de urbanização e industrialização, a ampliação dos espaços de trabalho, os avanços tecnológicos, inclusive na área da medicina, afloram novas perspectivas de vida. A descoberta da pílula anticoncepcional torna-se, sem dúvida, um dos acontecimentos que possibilita à mulher o exercício de sua sexualidade sem os riscos de uma gravidez. A pílula causa forte impacto na sociedade, muda o comportamento das mulheres e provoca discussões nos âmbitos científico, social, religioso, moral e ético. Estão abertos os debates sobre os excessos na medicalização do corpo e na execução das esterilizações, fortemente realizadas em mulheres pobres.

No campo da saúde, evidenciam-se mudanças nas relações sociais. Ao longo desse tempo, novas tendências comportamentais surgem. Alguns intelectuais também refletem sobre o modelo hegemônico de atendimento médico de tantos silêncios sobre a sexualidade e as questões do corpo, indicando que, desde esse tempo, as brasileiras vêm rompendo com o clássico papel social que lhes é atribuído pela maternidade. O controle da fecundidade passa a ser aspiração das mulheres, que colocam em debate novos padrões de comportamento sexual, desvinculados da maternidade. Essa conjuntura favorece discussões sobre a criação de novas políticas de saúde (COSTA, A.M., 2004).

Nunes (1994) avalia o movimento da Saúde Coletiva como um importante movimento social que constrói novas práticas e teorias no âmbito da saúde, resultante dos contextos socioeconômico e político-ideológico mais amplos que o país notadamente atravessa. Verifica-se que as sucessivas crises presentes tanto no plano epistemológico quanto com relação às práticas em saúde tornam o campo propício ao debate de um exercício profissional mais crítico e politizado.

É possível afirmar, inclusive, que a construção do projeto da reforma sanitária funda-se nessa noção de crise: “[...] crise do conhecimento e da prática médica, crise do autoritarismo, crise do estado sanitário da população, crise do sistema de prestação de serviços de saúde” (FLEURY, 2009, p. 747).

Com isso, a prática médica passa a ser alvo de debates, sentenciada como fragmentada e reducionista. Associado à própria racionalidade, o projeto da profissão estaria orientado para a eficiência em uma perspectiva que não abarcaria o conceito da integralidade da atenção. Diante disso, um grande desafio estava imposto: o de superar alguns limites da racionalidade médica ainda apreendidos e reproduzidos no interior das academias (MATTOS, 2001)¹³.

Vê-se, com isso, que a perspectiva com relação ao PAISM é a de romper com essas antigas práticas e, conseqüentemente, transformar o estado da saúde reprodutiva. Para tanto, diversas correntes de saber e práticas sociais têm influência na formulação do PAISM: desde atores que defendem a proposta da Reforma Sanitária¹⁴ até os movimentos de mulheres e feministas – estes últimos marcam participação através das propostas educativas. O programa inova ao tentar abordar questões como as relações de poder no interior dos serviços de saúde e ao estimular a inserção dos movimentos sociais representando os interesses dos sujeitos envolvidos (COSTA, A.M., 2004).

O PAISM surge apresentando em seus pressupostos a ideia de que a saúde não se restringe à mera oferta de assistência médica, mas abrange a execução de outras políticas sociais, que ampliam a qualidade de vida dos sujeitos. Nesse contexto, uma abordagem diferenciada da saúde da mulher é defendida baseada no conceito de atenção integral à saúde das mulheres. Esse ‘novo espírito’ marca a tentativa de ruptura com a visão tradicional acerca das necessidades da população feminina, sobretudo no âmbito das práticas médicas, centradas nas mulheres como reprodutoras. O PAISM inova ao propor a implantação do Programa de Planejamento Familiar em nível nacional, rompendo com a lógica que, até então, norteava as intervenções sobre os corpos das mulheres (COSTA, A.M., 2004).

Pela primeira vez, um programa dirigido ao público feminino temo próprio movimento social de mulheres interferindo em sua construção, implantação e fiscalização. Para esses

¹³- “A fragmentação e a racionalidade inspiraram o sistema de assistência médica no Brasil anterior ao SUS. O primeiro esteve pautado por sistemas paralelos de assistência médico-hospitalar previdenciária para ações e procedimentos de cura e recuperação, e pela rede pública voltada às ações de prevenção e promoção da saúde. É por isso que o primeiro sentido para a integralidade em saúde relaciona necessidade de articulação entre as práticas de prevenção e assistência, envolvendo necessariamente a integração entre serviços e instituições de saúde” (COSTA, A.M., 2004, p. 57).

¹⁴ - “A Reforma Sanitária brasileira é considerada ponto de partida das mudanças que têm se processado no campo da saúde nas duas últimas décadas recentes. Um de seus desdobramentos no plano legal foi a inclusão da saúde, na Constituição Brasileira, no Sistema de Seguridade Social, instituindo o SUS como estratégia para garantir a atenção e o cuidado à saúde da população” (COSTA, A.M., 2004, p. 31).

novos grupos, que ganham espaço discutindo as políticas de saúde através de outro viés, o direito à saúde está para além da medicalização do corpo. É concebido para além dos tradicionais conceitos de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, afirmando uma abordagem inserida em um contexto cultural, histórico e antropológico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Constata-se, ainda, que: “O PAISM, enquanto diretriz filosófica e política [...], propôs novas formas de relacionamento entre os profissionais de saúde e as usuárias, apontando para a apropriação, pela própria clientela, de um maior controle sobre sua saúde, seu corpo e sua vida” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 2).

Para tanto, vejo que o amplo movimento de mulheres, com suas inúmeras demandas, é capaz de, articulado, pressionar o Estado a fim de ver suas reivindicações aparecerem nas agendas governamentais. A busca do cumprimento de metas em muito influencia as políticas governamentais que surgem em benefício da mulher.

Na década de 1980, o movimento pela saúde já acumula experiência, debatendo o controle populacional¹⁵, o descontrolado uso de métodos contraceptivos, principalmente o procedimento de esterilização.

As críticas recaem sobre instituições como a BEMFAM, a primeira instituição a realizar o planejamento familiar, cobrindo quase todo o território brasileiro, com atuação caracterizada pela criação de clínicas de atendimento e distribuição de anticoncepcionais. Criada em novembro de 1965, como uma entidade privada sem fins lucrativos, a BEMFAM tinha sua sede na cidade do Rio de Janeiro (RJ), filiada à Federação Internacional de Planejamento Familiar (IPPF) (COSTA, A.M., 2009).

Nesse processo de questionamento, alega o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde (2000), as mulheres debatem o exercício da medicina em geral e da ginecologia, em particular. Partindo da constatação de que a relação do médico com a paciente é, por vezes, autoritária e as práticas de cuidado à saúde desumanas, alguns grupos de mulheres formam turmas de aprendizagem do autocuidado e de troca de experiências sobre a saúde. No campo das poderosas indústrias farmacêuticas, organizam campanhas contra perigosas drogas testadas e vendidas livremente, lutam contra as políticas dos laboratórios, que visam ao lucro, em detrimento do cumprimento dos reais objetivos das políticas de saúde. Tendo um papel

¹⁵ - “O vínculo entre saúde e direitos reprodutivos, em uma perspectiva que integra premissas de desenvolvimento equitativo e direitos humanos, ancorou o consenso entre os movimentos de mulheres e foi elaborado no documento Declaração do Rio em um encontro internacional realizado no Rio de Janeiro, em 1994, em preparação para a Conferência do Cairo. Dois elementos foram cruciais nessa passagem: a premissa de indivisibilidade dos direitos humanos e a noção de 'um ambiente favorável' para o exercício destes direitos (condições econômicas, sociais e políticas). Este consenso foi a alavanca política que possibilitou revisar, na *CIPD*, o paradigma neomalthusiano do debate sobre população” (CORRÊA, 1996, p. 41).

decisivo na luta pelos direitos da mulher, procuram investigar os diversos dispositivos intrauterinos que surgem no mercado, denunciando seus riscos e exigindo que as mulheres sejam informadas corretamente sobre cada método contraceptivo antes de decidirem sobre qual utilizar (COSTA, 2002).

Todavia, constatados avanços no âmbito dos direitos reprodutivos, os movimentos sociais de mulheres perdem muito de sua força de persuasão diante dos precários serviços públicos de saúde (COSTA, 2002). Os planos privados de saúde tornam-se saídas comumente utilizadas por mulheres interessadas no procedimento de esterilização, na tentativa de impedir o crescimento da prole e de garantir sua participação no mercado de trabalho.

Para satisfazer a crescente demanda por serviços de saúde, surgem planos privados, como novas modalidades de prestação de assistência médica. Liderados por empresas, como Golden Cross, Amil e Bradesco, transformam-se em opções aceitáveis para a classe média inconformada com a péssima qualidade dos serviços públicos (SILVA, 1996).

Ainda assim, as lutas verificadas no interior dos movimentos sociais de mulheres pela saúde reprodutiva trazem consigo ideais que orientam muitos programas de saúde públicos futuros. Através de sucessivos processos de empoderamento, definem-se ações destinadas a modificar o estado atual da saúde, consolidadas no PAISM.

Segundo Costa (2002), em fins dos anos 1980, as lutas por direitos reprodutivos e por políticas sociais – mesmo sob sérias divergências entre feministas e não feministas com relação à descriminalização do aborto e ao atendimento às demandas por laqueadura de trompas – avançam significativamente.

Os frutos gerados pela experiência localizada no Centro de Saúde Santa Rosa foram uma tentativa audaciosa de reverter o estado da saúde reprodutiva, desconstruindo a cultura de que reprodução é ‘assunto de mulher’. As práticas possibilitam a produção de conhecimento a respeito do próprio planejamento familiar e seu papel. A pedagogia *Linhas da Vida* atinge usuários e profissionais de saúde de várias localidades de Niterói (RJ), incluindo os bairros de Ititioca e Viradouro. Além disso, alcança militantes do Partido dos Trabalhadores (PT), do Partido Democrático Trabalhista (PDT) e do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) (COSTA, 2009a).

No 3º capítulo, **Espaços de sociabilidade e tomada de consciência: experiências que compõem a gênese do PAISM**, pretendo aprofundar-me nos caminhos que dão origem à pedagogia *Linhas da Vida*. Tratarei das percepções desses mesmos profissionais da saúde, participantes e idealizadores, até aqui apresentados.

Para tanto, apresento, ainda, uma nova protagonista, Martha Zanetti. Como sinaliza Suely Gomes Costa, dando-me indícios do caminho que deveria seguir, essa experiência foi algo ‘o tempo todo pensada por Martha’, mas ‘como ela chega lá?’. Provoca-me a investigar sua inserção no ambiente do PAISM e seu protagonismo, como uma das coordenadoras das *Linhas da Vida* no Seminário sobre Direitos Reprodutivos, na ALERJ, em 1984. Esse evento fortalece as lutas políticas travadas pelos movimentos feministas e de mulheres no estado do Rio de Janeiro, em especial, no município de Niterói (RJ).

3. ESPAÇOS DE SOCIABILIDADE E TOMADA DE CONSCIÊNCIA: EXPERIÊNCIAS QUE COMPÕEM A GÊNESE DO PAISM

Refletindo sobre as possibilidades e os desafios contidos na pesquisa que apresento, identifico o nicho deste trabalho delimitando-o como parte de um esforço maior de avaliação do PAISM. Essa dissertação acaba por associar experiências de auge, crise e declínio de um programa fortemente apoiado por práticas educativas em uma unidade de saúde, processos certamente partilhados por outras experiências no Brasil.

Por meio desse desafio estimulante, passeio pelas histórias de vida que, naturalmente, estão entrelaçadas à história da sociedade, das instituições, das políticas. Este é o nicho ao qual dirijo este trabalho: as narrativas dos sujeitos da saúde reprodutiva, em Niterói (RJ). Personagens saltam aqui, localizam-se como protagonistas! Estas são páginas dedicadas aos registros de lutas por direitos reprodutivos a partir da experiência do Centro de Saúde Santa Rosa.

Contudo, pelas muitas direções que seguimos no desenvolvimento da pesquisa, trilhamos, por vezes, caminhos tortuosos. Confesso que, ainda que tenha conhecido grande parte dos protagonistas apresentados neste trabalho, me faltava uma, em especial: Martha Zanetti.

3.1. O FIO DA MEADA DA HISTÓRIA

Enquanto puxava pelo fio da história, alguns dos sujeitos encontrados protestariam o direito de serem os protagonistas das ações desencadeadas ali, no Centro de Saúde Santa Rosa. Todavia, ainda que constatadas as afirmações, esclareço que o objetivo deste trabalho não é o de julgar verdades ou mentiras, e, sim, examinar perspectivas e percepções de atores que contribuíram para a disseminação de práticas educativas de cunho feminino e feminista, em especial, as *Linhas da Vida*, dentro de uma unidade de saúde. Espaços de sociabilidade e tomada de consciência que, certamente, compunham a gênese do PAISM.

Por isso, sinto-me agraciada com os nomes que vão surgindo nas lembranças dos sujeitos que encontrei. Enfim, esses mesmos nomes se cruzam com certa continuidade nas falas, o que me permite traçar o roteiro que me remete à década de 1970. Segundo Martha

Zanetti, as *Linhas da Vida* nascem despretensiosamente durante uma palestra sobre sexualidade feminina, em Belo Horizonte, no Primeiro Encontro da Mulher Mineira.

Ao encontrá-la para uma entrevista na Gávea, no mês de novembro de 2014, tive a oportunidade de conhecer uma mulher ansiosa por me mostrar seus muitos registros sobre a época. Martha me abre as portas de sua casa e ajuda-me a puxar pelo fio da história: ‘Eu trabalhei durante vinte e quatro anos só com o feminino. [...] Já faz tanto tempo! Ontem eu fiz 75 anos. Eu comecei a trabalhar muito cedo com saúde da mulher. Foi acontecendo, desde a faculdade de Gênero e Saúde Pública de São Paulo [...]’. Apressa-se, iniciando a leitura de um dos seus tantos registros documentais, o que me assegura o ponto de partida deste capítulo.

A Linha da Vida nasceu durante uma palestra sobre sexualidade feminina, em Belo Horizonte, em 1979, no Primeiro Encontro da Mulher Mineira. O encontro com outras mulheres é sempre um exercício, uma prática de liberdade. A ideia é fazer surgir sempre a fala da mulher, do outro. A Linha da Vida permite um ideal de encontro, a troca, com a emoção de descobrir-se, semelhantes e diferentes. E, assim, precisando trabalhar com aquela plateia de 80 mulheres em Belo Horizonte, tracei uma linha num quadro-negro imenso. Foi assim que surgiu. Eu falei: “quero ouvir essas mulheres!” e pedi às mulheres presentes: “Vamos colocar nesta linha os momentos importantes de nossa sexualidade?” Uma hora depois, o quadro está repleto de desejos, sonhos, príncipes encantados, monstros, namoros, casamentos, separações, velhice, menopausa, abortos, menstruações. Com esse universo, levantado para nós, entramos em um processo de reflexão sobre as questões morais, culturais, sociais, políticas, econômicas. Um encontro muito íntimo, sério, repleto de humor, trocas.

A metodologia surge como tentativa de romper com as dificuldades e os silêncios verificados na comunicação entre as mulheres, como parte de um despertar revolucionário de tomada de consciência. Conta, Martha Zanetti (2014), lendo um material que produziu:

A história da Linha da Vida: Mulher, estou acostumada a engravidar, gestar e parir, a ver minhas filhas e meu neto crescerem. Sempre levo um susto ao me deparar com a filha adulta, independente. Na relação com minhas filhas, e estimulada pelo meu trabalho, mergulho nos mitos desta imagem: mãe, tentando me libertar dos atávicos sofrimentos, abnegação, exigência e controle exigidos da função mãe. Criei minhas filhas para o mundo e nessa tarefa também fui me preparando para estar nele, entendê-lo e transformá-lo. Ainda assim é um susto, uma emoção imensa constatar: ‘minha filha está aí, plena de vida, consciente de si e da importância de sua atuação na sociedade’. Diferente de mim. Não me pertence. Com o trabalho que desenvolvo no CEAMI¹⁶, também é um pouco assim, talvez porque me direciono muito guiada pelas minhas sensações viscerais, uterinas. ... Ahh... [suspira emocionada] Culpa minha isso! Que bonito, né? [sorri]!

¹⁶ - Centro de Estudos e Atendimento à Mulher e à Infância – CEAMI.

As feministas buscam favorecer esse processo de mobilização política alimentadas por ideais pedagógicos de um tempo que conta com a forte presença das contribuições de Paulo Freire.

Influenciada pela faculdade de Gênero e Saúde Pública, pela leitura de autores europeus que trabalham as questões da dor, da tensão, do medo, Martha, que é educadora e terapeuta, descobriria o caminho a seguir: '[...] fui estudar todas as linhas da época, desde Simone de Beauvoir até expoentes, que pensavam na mulher como uma possibilidade de ter uma cabeça que pensa, que tem autoria, autoridade sobre si'. Aluna de Paulo Freire, acreditaria, mais tarde, ter encontrado a metodologia certa de trabalho com as mulheres: 'Minha prática de vida é bem Paulo Freire. Sempre foi, sabe? Fazer o outro falar, e a metodologia dele era a mais adequada que eu acreditava. A pessoa toma posse de si, o que eu sinto, o que eu falo sobre mim, mas o que eu realmente sinto'.

Sobre o Encontro em Minas Gerais, acrescenta:

Ah, foi muito engraçado. Sabe por quê? Eram [oficinas de discussão] 'mulher e política'... Então, tinha, assim: 'Mulher e sindicato', 'mulher e organização política', 'mulher e direito', 'mulher e sexualidade' eu tive que mudar de sala três vezes. Enchia, enchia, enchia. Porque era uma questão que estava ali. As salas tiveram participação, mas 'Mulher e sexualidade' encheu. Eu falei: 'Agora, eu não vou falar uma palestra [...] Quero trazer a voz do outro'. Aí, eu falei: 'O que que eu vou fazer?' Aí, era um quadro negro enorme, uma parede inteira de lousa. Aí, eu fiz uma estrelinha e uma cruzinha. Aí, eu falei: 'Preciso de vocês para a gente marcar aqui momentos da vida que foram importantes.' Aí, começaram a sair: 'Primeiro beijo' ... não sei que mais... [...]. Num instante, estava uma riqueza. As pessoas pensam, falam e sentem [...].

Estudante de filosofia há 14 anos, volta-se para a discussão das questões existenciais da subjetividade feminina. Sobre essa experiência de autorreflexão, a respeito, inclusive, de sua própria vida, Martha Zanetti avalia: '[...] Para você ousar crescer dentro você precisa vencer muitos dogmas, preconceitos, medos e saber por onde você vai. Então, eu me autorizei a ir longe [...], dei aula em muitos lugares [...]'. Continua:

É possível a gente viver resgatando a nossa subjetividade. Não é resgatar, construindo a nossa subjetividade. Porque a subjetividade não me é dada, é construída [...], não para nunca. Porque a gente pensa que já nasce com sub [jetividade] Não! É construção. É construção o tempo todo, individual, pessoal, e uns e outros, de repente, pipocam com uma ideia nova, são combatidos, vão para a fogueira dos bruxos porque estão falando alguma coisa que não é senso comum e que põe em questão a autoridade vigente, o costume vigente, a moral vigente, mas que, depois, passa séculos e você fala 'Ehhh, é mesmo!' (Martha Zanetti, 2014).

Martha avalia quase quatro décadas de trabalho indicando que, nos anos 1960, questões relativas à intimidade ainda seriam desconhecidas da maioria das mulheres, o que permite que as temáticas relativas ao desejo, como o ‘tesão’, em especial, se mantivessem no âmbito das ‘coisas pecaminosas’. Duas décadas depois, os ‘grupos de reflexão’ surgem, estimulando muitas mulheres a discutir a ‘problemática do desejo’ e a entender o espaço privado como um espaço político. Verifica-se um romper de silêncios.

Na entrada da década de 1980, as oficinas educativas ganham vida própria e o interesse de outros atores. Invadem diversos espaços auxiliando lutas por Direitos Reprodutivos, como é o caso do evento promovido pela Comissão dos Direitos Reprodutivos, na ALERJ, em 1984, em que servem como ambiente de ‘denúncias’ contra a moral familiar dominante, que impediria, segundo feministas, mulheres de todas as gerações de um crescimento saudável de sua sexualidade. Nelas, também denunciam a reprodução dessa moral pelas instituições de educação e saúde que negligenciariam informações sobre o recém-nascido PAISM, além de responsabilizarem unicamente as mulheres pela reprodução. Sabe-se que, até então, a perspectiva materno-infantil orientaria as decisões institucionais quanto às questões reprodutivas, o que, teoricamente, só seria rompido após a criação do PAISM, em 1983.

Em um rápido retrospecto histórico das políticas de saúde da mulher no Brasil, é possível perceber dois momentos importantes. O primeiro é aquele no qual as políticas desenvolvidas visam ao bem-estar materno-infantil, sem desvincular a figura da mulher do papel de mãe. Já o segundo momento é aquele marcado pelas discussões relativas à liberdade reprodutiva. Esses dois momentos, que não devem ser vistos como estanques, pois são simultâneos, são muito importantes para a compreensão dos processos sociais que caracterizam as novas políticas de saúde da mulher, definidas com a contribuição dos sujeitos-alvo. É através de um crescente processo de empoderamento desses mesmos sujeitos que se definem ações destinadas a modificar o estado atual da saúde, consolidadas no PAISM.

Em muitos sentidos, é surpreendente e inédita a formulação desse programa, que surge nos últimos momentos da Ditadura Militar, envolvendo movimentos sociais relativamente embrionários e carentes de organicidade, como é o caso dos movimentos feministas (CORREA, 1993).

Desse modo, Martha Zanetti (2014) conta como percebe a criação do PAISM e seu envolvimento com militantes da área:

[Leitura] Nos anos 1980, um grupo de mulheres que coordenava o PAISM, Ministério da Saúde, elaborou um programa pra mulher avançadíssimo para a época. Era um prazer lê-lo. Teoricamente, era muito bom. Elas me convidaram para discutir com elas, e lá estava a dificuldade: a dissociação entre a teoria e a prática. Elas sabiam a teoria, mas não sabiam como fazer para implantá-lo [...]. Ali mesmo, naquela reunião, estávamos nós. Elas nunca tinham discutido aquelas questões como simples mulheres, entre elas mesmas. Você imagina nos anos 1980? Imagina eu falando assim— olha que loucura do Ministério [da Saúde]: ‘Tudo começou quando eu mesma nasci. Nas brincadeiras com meninas e meninos, fui aprendendo a me ver, a tocar, a mexer no outro...’ Olha o escândalo! Gente!

Verifica-se, ainda, a discussão de temas que marcam a identidade dos programas de saúde na área reprodutiva, como, por exemplo, críticas às práticas educativas de entidades de planejamento familiar e o posicionamento, avaliado como omissivo, do governo quanto ao assunto. A prescrição indiscriminada da pílula anticoncepcional realizada por essas organizações, sem oferta de outros alternativos, também dá a tônica dos debates (ALERJ, 1984).

Desses embates político-ideológicos, quantos produzem mudanças efetivas? Penso que a implantação do PAISM, embora tenha sido cercada por diversos movimentos políticos e revolucionários, anos mais tarde, não seria motivo para grandes comemorações, constatados os retrocessos (CORREA, 1993).

Nos grupos de reflexão, ainda são verificados debates em torno da postura dos profissionais da saúde, principalmente da área médica, dominadora do saber e, muitas vezes, desrespeitosa, o que contribui para o preconceito, especialmente para com mulheres e homossexuais.

Indícios de práticas imbuídas de ‘violência simbólica’ podem ser constatados, por exemplo, com o advento dos primeiros casos de contaminação com o vírus da AIDS, no início da década de 1980. Nesse período, registra-se o primeiro caso de contaminação no mundo, logo, diversas instituições de saúde associam o perigo do alastramento da doença a grupos tidos como de risco: tais como os homossexuais, as prostitutas, os dependentes químicos e hemofílicos, localizados em grandes centros urbanos. O resultado dessa associação seria o aumento do preconceito contra as minorias estigmatizadas. Todavia, em pouco tempo, o vírus atingiria faixas da população mais empobrecida, em especial, mulheres, muitas casadas (SANTOS; SANTOS, 1999).

Nas décadas de 1980/1990, o Ministério da Saúde, por meio de seu Boletim Epidemiológico, notificaria 155.590 casos de AIDS, dos quais, 13% (20.064) seriam atribuídos a pessoas jovens, com idade entre 15 e 24 anos. No entanto, a faixa mais atingida se situaria entre os 25 e 34 anos, com 43,23% dos casos: 67.267 (SANTOS; SANTOS, 1999).

No ano de 1982, o vírus também chega a Niterói (RJ). Nesse período, a doença é quase totalmente desconhecida, e muitos mitos são levados em consideração. Muitos profissionais da saúde temem envolver-se com pacientes soropositivos, muitos profissionais se contaminam (COSTA, M.G. 2004).

Entre essas tantas correntes de solidariedade que se desenvolvem em Niterói (RJ), muitas são as instituições e incontáveis os atores sociais que passam a se unir em redes de sensibilização e busca de direitos. A AIDS torna-se, a partir desse instante, uma bandeira política. Vejo que as homossexualidades e a soropositividade também vêm cercadas de silêncios e sofrimentos ao longo da história.

Logo, fica evidente que um programa novo, como o PAISM, exigiria um novo olhar sobre os corpos, sobre as práticas, sobre as responsabilidades notadamente atribuídas aos sexos no que tange à reprodução.

[...] aquela equipe de mulheres [servidoras] me deu carta branca. Aí, foi uma coisa incrível, porque elas viveram o *Linhas*. A meu pedido, por uma semana, ficaram todas em uma fazenda vivendo a *Linhas da Vida*, que já era *Linhas da Vida* para entender porquê. O que é que nos movia? [Foram] Mulheres muito inteligentes, muito interessantes, era uma equipe multidisciplinar. Elas me contrataram, me contrataram para fazer um trabalho com elas. Uma pessoa da Saúde Pública do Oswaldo Cruz, 'Sherrine' Borges, falou: 'Conheço uma mulher que sabe fazer o que vocês estão pensando'. Achei lindo! E elas gostaram mesmo! (Martha Zanetti, 2014).

Desejava-se, nesse instante, a realização de um trabalho entre as mulheres que operacionalizavam o programa, a fim de que definissem novos rumos de trabalho junto ao público alvo da política. De fato, as mulheres organizadas constroem um programa pensando em suas próprias necessidades, vencendo as idealizações propostas por tecnocratas. Agora, o maior desafio seria o de atravessar o campo das utopias, alcançando a prática desejada por elas.

Esse não seria um campo fácil de lutas. Vejo que a construção coletiva de políticas sociais ao longo da nossa história constituiria-se numa árdua tarefa em uma sociedade fortemente marcada pelo autoritarismo e pela centralização governamental das decisões. Antes, implicaria transformações institucionais e sociais prolongadas e profundas (CORREA, 1992). Nesse instante, práticas educativas, em especial, a *Linhas da Vida*, apoiam a construção do PAISM e a reafirmação do conceito da integralidade.

Um dos princípios centrais defendidos pelo programa recém-nascido, o princípio da integralidade, remonta aos anos 1960 e se desenvolve como crítica às práticas fragmentadas

no âmbito da saúde, comuns à formação da profissão médica e adotadas, principalmente, pelas academias, nos Estados Unidos (MATTOS, 2001). Revendo toda a tradição hegemônica no seio da profissão, o discurso da integralidade na saúde abarca um conjunto de atitudes desejáveis para os médicos relacionadas à possibilidade de apreensão ampliada das necessidades dos indivíduos. A partir dessa perspectiva, o princípio da integralidade se consagra como valor a ser sustentado nas práticas de saúde, como um valor que se expressa nas relações cotidianas entre profissionais e pacientes (COSTA, A.M., 2004).

Em vista disso, verifica-se um considerável esforço de diversos atores na propagação de informações científicas sobre corpo, prazer sobre os direitos reprodutivos. Informes organizados em cartilhas de fácil manuseio e leitura são produzidos (COSTA, 2002). Mudanças importantes, que, aos poucos, aproximam sujeitos e práticas em torno do ideal da integralidade.

E aí, eu fiz as cartilhas, folhetos, e eu tinha que falar do Oiapoque ao Chuí. Eu não queria que a minha fala fosse uma fala normatizante, mas uma fala que dava para cada pessoa... ‘pense sobre você’, ‘converse sobre você’ e vamos criando uma fala nossa. Não existia uma fala feminina, quer dizer, vários lugares do mundo o feminismo falando, mas, ao mesmo tempo, um feminismo que afastava os homens [...]. Essa coisa também foi muito forte (Martha Zanetti, 2014).

No campo político, a conquista da democracia acaba tornando-se o principal norte das lutas femininas e feministas na América Latina nas décadas de 1970/1980. Contudo, os feminismos brasileiros, em especial, constituem experiências políticas peculiares tendo em vista as alianças que estabelecem com forças opositoras em prol da luta maior: a garantia das liberdades democráticas. Acordos realizados, principalmente, com partidos de esquerda, orientados pela ideologia marxista, críticos das lutas específicas travadas pelos feminismos, são observados (ADRIÃO; QUADROS, 2010).

Nesses espaços políticos, verificam-se, ainda, diferenças nas relações entre as próprias feministas, especialmente entre as mais jovens, muitas a favor da participação de homens nas estruturas dos coletivos (ADRIÃO; QUADROS, 2010). Desdobramentos dessas relações indicam perspectivas teóricas e políticas de feminismos heterogêneos e conflitantes que, segundo Correa (1993), sinalizam para a maturidade dos mesmos. Todavia, as discussões sobre a aceitação de homens deram o tom de parte das divergências afloradas no seio dos movimentos feministas. Com a emergência das lutas por direitos reprodutivos, novos sujeitos incorporam e defendem as demandas postas pelas mulheres.

Nesse caso, a participação masculina nas vidas reprodutiva e familiar passa a ser reivindicada como parte de um objetivo maior: o de partilhar responsabilidades

historicamente imputadas à mulher. Refletindo sobre as ausências masculinas nesses campos, feministas alegariam serem essas estratégias socialmente construídas que colaboram para a manutenção de poder. Ou seja, a ausência dos homens na esfera familiar, dos serviços domésticos, deveria ser entendida como uma forma de exercício de poder que minaria as liberdades das mulheres. Uma vez que essas se veem sobrecarregadas com as responsabilidades do âmbito privado, acabariam por relegar a saúde reprodutiva (ADRIÃO; QUADROS, 2010).

No âmbito da saúde pública, o distanciamento masculino dos assuntos da reprodução ressalta-se ainda mais diante das dificuldades institucionais de dar espaço aos que querem se envolver nesses ambientes. Fato que também está presente nas salas de PPF, observadas as dificuldades de se incorporar em grupos mistos (LOLE, 2006).

Durante o período de estágio, observo as condições físicas do ambiente do PPF. Reuniões sempre realizadas em uma sala pequena, mal arejada, que serve de passagem para outra sala menor, que recebe o Teste de Investigação de Gravidez (TIG). Durante o período em que permaneço ali, percebo que o entra e sai, durante as reuniões, por conta da finalidade da sala menor, provoca distrações e inibições nos participantes do programa. Alguns, inclusive, dormem.

O espaço pequeno comporta pouquíssimos usuários, em sua maioria, mulheres, carregando seus filhos, cansadas, sonolentas. Fato que confirma a quase inevitável feminilização do PPF.

Durante as reuniões do programa, verifico, ainda, uma espécie de linha divisória que separa as poucas falas dos homens das falas das mulheres. Ainda que ambos os sexos vivenciem experiências comuns e diversas, preferem sorrir discretamente diante de informes dos profissionais da saúde, sem, com isso, permitir qualquer exposição de seus anseios e dúvidas.

As mulheres, definitivamente, continuam sendo as grandes participantes das reuniões. São elas que assumem as responsabilidades pela contracepção, embora façam suas escolhas orientadas, muitas vezes, pelo desejo do parceiro. Apesar de toda a liberdade conquistada na vida reprodutiva, considerando a desvinculação entre vida sexual e reprodutiva, as mulheres continuam, em parte, submissas à cultura que as coloca no centro das ações de saúde.

Pesquisas recentes comprovam que, embora os homens tenham ampliado sua participação nesses espaços, principalmente, como acompanhantes de suas parceiras e seus filhos, eles continuam ausentes, em sua maioria, por conta da precária infraestrutura física e material dos serviços de saúde pública (GALASTRO; FONSECA, 2007).

O procedimento da vasectomia pode ser lembrado aqui como um avanço da inserção masculina nos assuntos da reprodução. Considerada como uma questão recente da saúde reprodutiva, a vasectomia é entendida como uma conduta contemporânea (LOLE, 2006), que ainda precisa ser mais bem investigada.

Sobre as motivações e iniciativas que colaboram para esse tímido e ainda recente interesse pelo procedimento da vasectomia, tenho por certo que a capacidade do sistema de saúde em absorver essa demanda apresenta-se como um fator desanimador. Minhas experiências como participante do PPF me permitem avaliar a qualidade dos serviços ofertados pela rede pública e constatar que as ações de assistência referentes à vasectomia vêm sendo acompanhadas de intensa precarização e descaso. Presenciei muitas reuniões de PPF em que os usuários eram advertidos sobre as longas filas de espera, tanto para a realização da laqueadura quanto da vasectomia. Filas intermináveis, algumas sem perspectiva de marcação. Vejo que é assim que a burocracia se expressa.

Não obstante, persiste o fator cultural que alimenta muitos mitos sobre a vasectomia. Um número consideravelmente expressivo de homens ainda acredita que a esterilização ameaça a virilidade. “O fato de a vasectomia constituir uma operação de longe mais segura e mais simples do que a ligação das trompas [...] sugere que as mulheres pagam um preço elevado pelo controle da fertilidade.” (McLAREN, 1990, p. 286).

Percebe-se que, de um modo geral, os problemas do âmbito da saúde reprodutiva, por estarem relacionados à intimidade, são tratados com dificuldades por todos que dela se ocupam (LOLE, 2006). Vejo que o PAISM, ao tentar impedir a redução da mulher à função reprodutiva, acaba por atualizá-la. O programa chega às décadas de 1990 e 2000 como um espaço eminentemente feminino, tendo os homens como meros coadjuvantes nos assuntos da reprodução. Como diz uma assistente social no Centro de Saúde: ‘Filho, culturalmente, é um problema da mulher. O engravidar, o deixar de engravidar, o criar, o parir, é tudo no corpo da mulher [...]’.

Outro ponto importante, em toda essa discussão, é o fato de que parcela significativa dessa população masculina, coadjuvante, está inserida no mercado formal de trabalho, o que a impossibilita de recorrer, a qualquer momento, aos serviços de saúde. Não obstante atestados possam ser emitidos ao fim das consultas, esses mesmos atestados não são fornecidos pelos serviços de saúde no caso de marcações de consultas, participações em grupos, busca de medicamentos e outras atividades vinculadas à prevenção (COUTO *et al.* 2012). Percebo, ainda, uma explicação comumente dada pelos profissionais da saúde ante a falta de participação masculina nas instituições de saúde: O homem, usuário, tem pouca paciência na

espera por atendimento, em contraposição à postura feminina, tida como paciente (COUTO *et al.*, 2012).

Posto isso, recupero em minhas experiências no PPF, um resumo do que vi: uma presença masculina ainda muito pequena, tímida, caracterizada, em sua maioria, por trabalhadores autônomos, ou desempregados, ou profissionais com carga horária de trabalho flexível.

Vejo que os horários de abertura e encerramento das atividades nos postos de saúde não beneficiam os usuários. Além disso, as duras jornadas de trabalho da população, muitas vezes, pressionam o trabalhador a não buscar assistência à saúde enquanto não se veja, de fato, muito doente. Os poucos homens que aparecem na unidade estão sempre apressados, buscando ‘camisinhas’, durante uma fugidinha que dão do local de trabalho.

O fato é que, de um modo geral, como indica Márcia Moreira, tem ocorrido um esvaziamento dos espaços de saúde. Creio que, em boa parte, por conta do descrédito da população frente à precarização dos serviços.

Para a realização das oficinas de *Linhas da Vida*, Márcia Moreira me conta que havia uma sala ampla na unidade, bem organizada, com armários, almofadas, paredes bem pintadas e decoradas. Período que difere da atual situação de precariedade que vive o espaço da Saúde da Mulher, marcado pela falta de armários e materiais didáticos atualizados.

Desde o início do estágio, ouço Márcia Moreira descrever a conjuntura de ‘prosperidade’ que subsidiava o programa. Tempos de ascensão, crise e declínio:

Hoje, nós não conseguimos mais fazer Linhas da Vida porque a clientela não quer mais ficar aqui dentro, porque isso demanda tempo. A gente senta no chão, faz rabisco. Primeiro, que tem que ter mais gente. Hoje, os grupos nossos estão cada vez menores (Márcia Moreira, 2012).

Sobre o desenvolvimento das oficinas anteriormente possíveis, a enfermeira segue descrevendo:

A Linha da Vida você pode fazer em cima de qualquer tema que tenha a ver com a vida. Nós trabalhávamos em termos de reprodução e sexualidade da mulher e do homem. Nós colocávamos ‘quando você nasceu’. Você pode puxar o gancho em cima de... é muito abrangente. Nós trabalhávamos mais em cima da sexualidade e de métodos... ‘Quando você nasceu... Como você se sentiu?’, ‘Vamos lembrar como era o primeiro sentido de prazer’. Cada grupo colocava uma parte da sua vida, na fase de bebê, depois na infância, na adolescência, e, aí, nós dividíamos, fazíamos uma linha, em um papel grande, e dividíamos nas várias fases da vida da gente [...] As pessoas colocavam suas questões todas... isso, a clientela... até a fase adulta e até o dia de hoje[...] Depois que a clientela colocava sentimentos e fatos... [...] Por exemplo, na infância, ‘eu nasci de um parto difícil’ ou ‘eu não vi meu pai’, ‘minha

mãe não fala mais com meu pai depois que eu nasci'[...] Depois da Linha da Vida pronta, nós trabalhávamos tudo o que foi colocado ali pela clientela, todos tinham acesso para escrever ali [...] Tinha relatos de que, quando adulta, brigava com o pai[...] 'Eu quase não mamei', 'tive dificuldade de lidar com minha sexualidade', ali eram colocadas todas as questões, um grupo era totalmente diferente do outro, uns desenvolviam mais o tema sexualidade [...] 'minha adolescência foi tardia' [...] 'Só tive minha primeira relação com 29 anos'. Cada grupo tinha uma forma de desenvolver isso (Márcia Moreira, 2012).

Dr. César Macedo reflete sobre a importância da dinâmica, outrora possível na unidade de saúde:

Vivemos em uma sociedade, já há alguns anos, em um momento de abandono das grandes narrativas, em que as pessoas não se dão conta. Antigamente, nem tanto. Estamos vivendo um momento em que a 'contação' de histórias vem se reduzindo e a 'contação' de histórias é uma forma de você visitar e revisitar sua própria história, e a história é a vida dos grupos sociais. A linguagem hoje é muito fracionada, a linguagem do Facebook, a noção de temporalidade. As formas de comunicação estão muito reduzidas, então, isso, a meu ver, aporta um problema: as pessoas têm dificuldades de estabelecer vínculos afetivos com outras pessoas, vínculos duradouros. Eu chamo isso de 'imposição cultural', por conta da sociedade de consumo em que vivemos. Você tem um 'desapego forçado', e, quando você trabalha com o Linha da Vida, você meio que resgata isso, porque ela é baseada na memória, na história e na volta das narrativas (César Macedo, 2013).

Algumas variações podem ser verificadas na metodologia de desenvolvimento dessas oficinas, embora, na maioria das vezes, elas sigam uma mesma sistematização. São propostas etapas de produção coletiva em que as mulheres reunidas, em sequência, falam de sua existência, segundo etapas de vida: do nascimento, da infância, da adolescência, da juventude, da maturidade, da velhice ou da expectativa de envelhecimento. Nessa etapa, recordam acontecimentos marcantes de suas vidas. Em seguida, são contadas essas experiências enquanto um coordenador registra a fala em um grande papel no chão. 'O coordenador do grupo é um provocador, né? Ele provoca você para que você coloque para fora o sentimento, construa seu saber. [...] Linhas da Vida você faz com qualquer tema. É muito legal!', explica Márcia Moreira (2012).

Com a sucessão de registros, de memórias vividas, são realizadas reflexões sobre as semelhanças e diferenças entre as experiências. E, dentro desse universo de subjetividades, ocorrem as trocas de saberes, momentos de interação entre mulheres totalmente diferentes, que se veem nas experiências de outras mulheres, em um contínuo processo de empoderamento que perpassa traumas, dores, prazeres e preconceitos. Em uma outra etapa da dinâmica, definem-se em grupo rumos de lutas para as questões da reprodução, estabelecendo

metas a serem alcançadas e responsabilidades pessoais nas lutas por direitos reprodutivos, visando a demarcar pautas para o PAISM a serem conduzidas pela unidade de saúde.

Avalia César Macedo (2013):

O Linhas da Vida é isso, ele cria um espaço, abre-se uma possibilidade, do ponto de vista metodológico, de se mexer com histórias, memórias. Por que o grupo de mulheres gostava de discutir isso? Quando você mistura pessoas de classes sociais, inserção social ou profissional diferentes, o leque de possibilidades fica grande, os problemas que as mulheres vivem, muitas vezes, são idênticos, independente da classe social. Também têm dificuldades que parecem iguais, mas são muito diferentes. Como o início da sexualidade de uma mulher de classe média, [que] é muito diferente do início da sexualidade de uma mulher que vive em uma área ocupada pelo tráfico. Todo grupo ele tem uma história diferente. São pessoas diferentes.

Todo grupo de reflexão necessita de uma coordenação, que, neste caso, não realiza um papel de chefia. O coordenador é alguém que, com simpatia e intuição, garante a voz de todos os componentes do grupo, tendo em vista as fortes emoções que, muitas vezes, afloram nos participantes: mudez, críticas, indiferenças iniciais, ansiedades, entre outras manifestações que devem ser enfrentadas com tranquilidade (ALERJ, 1984). Ainda, o mais importante é indicar que entre os grupos deve existir uma espécie de ‘contrato de confidencialidade’, porque as pessoas se expõem ao falar de seus segredos através dos depoimentos. Expõem ‘[...] suas certezas e suas incertezas, suas fortalezas e suas fragilidades. É um pouco da vida pessoal’, explica Dr. César Macedo.

Verifica-se que, na metodologia *Linhas da Vida*, a coordenação e o ‘contrato de confidencialidade’ têm papéis importantes de estímulo à integração dos envolvidos, garantindo a voz e estimulando o ‘ouvir’ (ALERJ, 1984).

Martha Zanetti (2014) recorda-se das discussões sobre sexualidade: ‘Em pequenos grupos, fazíamos o perfil do corpo de algumas [mulheres]. Davam coisas inacreditáveis’.

Era muito interessante porque, primeiro, porque era o contraponto homem/mulher. Nós temos histórias de vida diferentes, embora nós vivamos em circunstâncias supostamente parecidas. A história de vida do homem é diferente da história de vida da mulher, o mundo masculino é diferente do mundo feminino. Ocupamos o mesmo território, mas com representações sociais absolutamente diferentes, e, quando você discute isso em um grupo, essas coisas vão aparecendo (César Macedo, 2013).

Imagens de mulheres como cuidadoras, sensíveis, e de homens como provedores e racionais definem papéis reforçados socialmente ao longo de muitas gerações. São

identidades incorporadas que regulam normas de conduta das sociedades em muitos momentos.

É oportuno lembrar que, na década de 1980, surgem no Brasil as primeiras discussões a respeito do conceito de gênero¹⁷. Novas discussões que movem os debates dos círculos feministas, problematizando, simultaneamente, a igualdade e a diferença entre os sexos. Logo, o movimento deixa de vincular-se apenas ao paradigma da diferença biológica e passa a referenciar-se ao paradigma de gênero¹⁸, incorporando no seu cotidiano muito mais as questões culturais construídas historicamente (DI FIORI; SANTOS, 2007).

Sob o impacto dos movimentos sociais, na década de 1980, são implantadas as primeiras políticas públicas com recorte de gênero. Um exemplo disso é o PAISM (FARAH, 2004).

3.1.1. O evento: inaugurando uma oficina na ALERJ e o caminho até o Centro de Saúde Santa Rosa

A presença feminista na Assembleia Legislativa do Rio vem colocando em debate questões sempre ausentes do mundo institucional e político. Este pedaço de poder conquistado por Lúcia Arruda, deputada eleita pelo Partido dos Trabalhadores, passa a constituir tribuna privilegiada das reivindicações do movimento. É a visão feminista dos fatos e processos sociais e políticos de nosso tempo que se espalha pelo plenário e corredores daquele ambiente austero.¹⁹

Ao analisar a atuação parlamentar de deputadas ligadas aos movimentos sociais de mulheres, e que exerceram mandato legislativo na Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, no período correspondente à fusão do estado do Rio com o estado da Guanabara, em 1975, quando foi criada a ALERJ, até 2007, Hildete Pereira de Melo (2010) dá indícios de

¹⁷ - “O termo gênero surge para diferenciar os conceitos formados pela condição biológica homem/mulher. O conceito amplia a conotação das relações de poder, social e historicamente construídas, traz à tona a condição social da mulher, enquanto processo dinâmico em constante mutação dadas as condições históricas, retirando o enfoque biológico, como único fator, para discorrer sobre as diferenças entre homens e mulheres” (DI FIORI; SANTOS, 2007, p. 324).

¹⁸ - “O conceito de gênero foi incorporado pelo feminismo e pela produção acadêmica sobre mulheres nos anos 1970 e, desde então, tem sido interpretado de formas distintas por diferentes correntes do feminismo. [...] o uso ainda hoje mais freqüente do conceito é o proposto pelo feminismo da diferença. Este rejeitou pressupostos do feminismo da igualdade, que afirmava que as únicas diferenças efetivamente existentes entre homens e mulheres são biológicas-sexuais, e que as demais diferenças observáveis são culturais, derivadas de relações de opressão e, portanto, devem ser eliminadas para dar lugar a relações entre seres ‘iguais’. Para as teóricas e os teóricos da diferença, o conceito de gênero remete a traços culturais femininos (ou, no pólo oposto, masculinos) construídos socialmente sobre a base biológica. Constrói-se assim uma polarização binária entre os gêneros, em que a diferença é concebida como categoria central de análise, fundamental na definição de estratégias de ação. As diferenças entre homens e mulheres são enfatizadas, estabelecendo-se uma polaridade entre masculino e feminino, produção e reprodução, e público e privado. Para o feminismo da diferença, o poder concentrar-se-ia na esfera pública, estando nessa polaridade a origem da subordinação das mulheres” (FARAH, 2004, p.48).

¹⁹ - SEMINÁRIO DIREITOS DA REPRODUÇÃO, ALERJ, 1984, p. 03.

um terreno ainda pouco explorado pelas mulheres. Na segunda metade da década de 1970, a ALERJ abrigava 94 deputados e deputadas eleitos, sendo que apenas quatro eram mulheres.

Parte de um dos primeiros grupos de mulheres que se insere na vida pública, a ‘geração que quebrou a pedreira’ é composta por protagonismos diversos entre si, em origem social e orientação política. Importantes expressões dos movimentos sociais de mulheres figuram nos assentos da Assembleia Legislativa e levam para esse espaço a discussão de temas extremamente relevantes, como a questão da violência contra a mulher e dos direitos reprodutivos (MELO, 2010).

Entre as parlamentares que exercem mandatos na ALERJ, nesse período, destaca-se uma figura em especial, a deputada Lucia Arruda, responsável pela ampliação das influências feministas dentro da Assembleia, além de organizadora de um evento que dá novos rumos às ações desencadeadas no Centro de Saúde Santa Rosa. Lucia inova ao criar uma comissão para o melhor direcionamento das lutas por direitos reprodutivos no estado do Rio de Janeiro. Lembra Suely Gomes Costa (2015):

Eu conheci a Lucia já deputada, quer dizer, não foi um mandato que eu votei, ela já era deputada. E, muito jovem, e ela usava umas roupas tipo riponga, flor no cabelo. Ela quebrava todas as regras, daquela figura da deputada bem comportada e etc. É assim que começa: no mandato da Lucia, ela abrigou uma parcela grande do movimento feminista engajado na luta por direitos reprodutivos.²⁰ Nos organizávamos politicamente em torno dela. As orientações [de luta] vinham da turma da Comissão dos Direitos Reprodutivos que ela criou na ALERJ. Eu participei dela pelo Centro de Saúde Santa Rosa. Fui a muitas reuniões e tornei-me muito amiga de Lucia Arruda. A gente recorria à assessoria dela. A vinda da Martha [Zanetti] ao Centro de Saúde Santa Rosa deu-se por isso: eu a chamei para um encontro com todos os servidores da unidade. Assim se deu o nexos do Centro de Santa Rosa com a Lucia.²¹

Os sucessivos mandatos feministas, em especial, o de Lucia Arruda, articulam alianças com movimentos de bairros, movimentos de mulheres, gestões da Secretaria Estadual do Rio de Janeiro e Secretários Municipais de Saúde. No que tange às articulações pela saúde da mulher, aos direitos sexuais e reprodutivos, esses mandatos constroem estreitas relações com o Legislativo Fluminense (ALERJ, 2009).

Desenvolvem-se, nas décadas de 1980-1990: a REHUNA – Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento; o comitê de prevenção da morte materna; campanhas pela humanização do parto e do nascimento; campanha do 28 de Maio. Os mandatos são uma

²⁰ - Entrevista em 2015.

²¹ - Entrevista em 2014.

referência, um respaldo para o direcionamento e o fortalecimento dos movimentos sociais de mulheres ligados à questão da saúde, em todo o estado (ALERJ, 2009).

Conhecida como uma das primeiras deputadas declaradamente feministas, Lucia Arruda recebe forte apoio dos movimentos de mulheres. E, no início do primeiro mandato, cria o Fórum Feminista do Rio de Janeiro, cujo objetivo é o de estabelecer diálogo constante com a militância feminina e feminista. Essa articulação dura até o final de seu primeiro mandato (MELO, 2010).

No ano de 1984, realiza-se, por idealização de Lucia Arruda, o Seminário Direitos da Reprodução, que canaliza reivindicações sobre a condição da mulher na questão da reprodução. A voz feminina que seu mandato representa passa, então, a ser ouvida diretamente.

Em um sábado de sol, dia 22 de setembro, o Seminário Direitos da Reprodução se concretiza. Trezentas mulheres e cinquenta homens invadem o Palácio Tiradentes, atendendo à convocação de Lucia Arruda e do deputado do PMDB-RJ, Godofredo Pinto (ALERJ, 1984).

Para o encontro, a Comissão dos Direitos Reprodutivos decide-se pela utilização da metodologia *Linhas da Vida*, definida como “ideal de encontro à troca, com a emoção de descobrir-se, semelhantes e diferentes” (COSTA, 2007a, p. 446). A necessidade de fugir das práticas rígidas e tradicionais dos debates políticos leva a Comissão a optar pela metodologia e a convidar Martha Zanetti (2014) para tal feito:

A Lúcia [...] me chamou. Eu tinha o CEAMI [...] e eu já trabalhava com a Linhas da Vida, então, ela me chamou para a minha instituição dar assessoria para ela sobre a saúde da mulher. Então, a gente ficou muito amiga. [...] Agora, vamos para a Assembleia levar a Linha da Vida! Quatro trocam a experiência da Linha da Vida com quarenta. As quarenta se preparam para trocar com quatrocentas. Foi uma oficina com uma quantidade inacreditável de mulheres, tá? Foi incrível!

Sobre esse momento, Suely Gomes Costa (2015) conta, a respeito de sua relação com a deputada Lucia Arruda, além de suas percepções como participante do Seminário Direitos da Reprodução:

Eu passei a participar do núcleo da Lucia Arruda, ficamos muito próximas. A Lucia tinha é... uma ação muito constante de... tanto que ela conseguiu do Brizola uma lei que admitiu o aborto, mas a lei foi publicada num dia e, no outro, foi cancelada pela Igreja. Então, você tem toda uma história de luta pela legalização do aborto. Fui a algumas grandes manifestações de rua, né? Com as mulheres fantasiadas de bruxa, enfim. É o auge do movimento feminista dos anos 70,80, né? E, se você perguntar pra mim: ‘Suely, como esses encontros foram se dando’, eu não sei. Eu sei que a Hildete foi ao posto de saúde para chamar a equipe do posto, no período da militância dela. Ela sabia que eu também já estava lá, ela já me conhecia... para

chamar toda a turma do posto para o Seminário dos Direitos da Reprodução, que foi promovido pela Lucia Arruda, lá na Assembleia [ALERJ]. Inclusive, dirigido por ela e pelo Godofredo [Pinto]. Aí, eu entrei em contato com a dinâmica das Linhas da Vida, entrei em contato com a dinâmica de grupo. As assistentes sociais trabalhavam muito com dinâmica de grupo, nessa época, e fiquei encantada. Então, eu fiquei na sala de Fernanda [Carneiro], e era uma das grandes. Agora, no Facebook, encontrei essa gente toda [risos], e, aí, conheci Solange Dacach²². Esse povo era da assessoria da Lulu [Lucia Arruda] [...].

3.1.1.1. Tecendo o encontro

Em uma publicação da ALERJ, orientada por Martha Zanetti, sobre o Seminário Direitos da Reprodução, encontro informações muito ricas e detalhadas sobre o evento, que ocorre no ano de 1984. Nesse trabalho, composto por vinte páginas, recolho narrativas importantes que comporão este tópico da pesquisa²³.

Folheando o material, verifico que o Seminário Direitos da Reprodução é todo organizado tendo por pauta o tema da reprodução, assunto, até então, ausente na Assembleia Legislativa. É, sem dúvida, um “[...] marco simbólico da associação feminina e masculina nas questões da reprodução” (COSTA, 2007a, p. 444).

Pela experiência das militantes da Comissão dos Direitos Reprodutivos, é sabido que a organização dos grupos de debate e a escolha da metodologia adequada são questões cruciais que definem o sucesso ou o fracasso do evento. Logo, opta-se pela formação de pequenos grupos, tendo em vista que a fala da mulher surge mais facilmente em ambientes mais familiares.

Com relação à participação masculina, “[...] se trabalhou com a ideia de montar, além dos grupos só de mulheres, grupos mistos, onde homens e mulheres refletiriam juntos a questão da reprodução” (ALERJ, 1984, p.5). Todavia, durante o período de organização do encontro, as coordenadoras chegam à certeza de que os grupos mistos poderiam atrapalhar o desenvolvimento dos debates no interior das oficinas reflexivas. Logo, “[...] viu-se que seria melhor formar grupos homogêneos, quanto ao sexo, pois os homens estariam experimentando uma nova prática de reflexão e [...] as mulheres, quando estão entre si, falam mais facilmente de coisas íntimas, tabus e medos” (ALERJ, 1984, p. 5).

²² - Ex-assessora das Deputadas Lúcia Arruda e Lúcia Souto.

²³ - Revista anexada à dissertação.

Para a coordenação dos grupos, um núcleo de mulheres prepara-se utilizando a metodologia a ser adotada no evento. Embora já conhecessem as *Linhas da Vida*, a técnica é testada novamente com vistas ao seu aperfeiçoamento. As ‘oficinas treinamento’ ocorrem no espaço do Grupo de Saúde Nós Mulheres, em três encontros. Há relatos de que mesmo as militantes mais experientes em trabalhos de grupo estavam temerosas em coordenar mulheres de origens tão diversas. Notava-se um medo de que o evento pudesse dar errado, de que o ‘grupão’ de reflexão não funcionasse como o esperado (ALERJ, 1984).

É interessante verificar que, para a coordenação do grupo dos homens, que organiza-se já às vésperas do dia do evento, a Comissão conta com a colaboração de companheiros militantes que, por conhecerem o trabalho das organizadoras, aceitam participar da tarefa. Embora menos preparados, esforçam-se para respeitar a proposta do Seminário Direitos da Reprodução (ALERJ, 1984).

Nesse instante, nota-se um interesse da organização do evento em incentivar a presença masculina. Por se tratar de tema de interesse geral, o evento estaria aberto a todos, muito embora houvesse uma consciência de que a participação feminina marcaria uma presença mais significativa. É sabido que é no corpo das mulheres que se processa a reprodução da vida e que, culturalmente, são elas quem mais se interessam pelas questões reprodutivas, logo, são as principais protagonistas nas discussões (ALERJ, 1984). O que, de fato, ocorre.

Nesse evento simbólico, os homens são chamados a assumir uma postura participativa no âmbito dos direitos reprodutivos: “[...] também aos homens é preciso interessar sobre sua sexualidade e sua relação com a reprodução” (ALERJ, 1984, p. 5).

Logo, sindicatos, associações de moradores e entidades em geral são convidados para o evento. Convites são entregues em diferentes localidades, e cartazes são espalhados por escolas, universidades, instituições de saúde e enviados aos órgãos de comunicação.

Durante quase quatro horas, cada grupo viveu sua experiência através da dinâmica *Linhas da Vida*. Estavam presentes ali mulheres de instituições como o Centro de Mulher Brasileira (CMB), a Casa da Mulher do Rio de Janeiro, o SOS Mulher do Rio de Janeiro, o Grupo de Saúde Nós Mulheres, além de um grande número de participantes sem experiência na vida política.

“Das mulheres presentes, cerca de 80% não eram vinculadas a grupos femininos, o que significa o alcance de um dos objetivos do Seminário: atrair mulheres ainda virgens de um processo de reflexão sobre suas questões específicas” (ALERJ, 1984, p.9). É possível, ainda, verificar que, entre a soma geral dos participantes, 13% eram de representantes do sexo

masculino, o que indica uma participação ainda tímida, mas um grande avanço no que concerne à discussão do tema da reprodução.

Sobre a participação masculina, a militância feminina e feminista avaliaria como positiva: “A presença de homens neste Seminário serviu para reforçar a certeza de que as mulheres não estão sozinhas nas suas lutas específicas. São ainda poucos os que atendem ao chamado, mas a solidariedade está crescendo” (ALERJ, 1984, p.14).

Como balanço desses dias, os grupos envolvidos fortalecem alianças e constroem novas estratégias de luta. Acordama realização mais frequente de seminários de reflexão e debates, a realização de trabalhos de educação permanente junto aos profissionais de saúde, além de projetos de combate à violência doméstica, de melhorias nas condições de vida das mulheres gestantes e de aperfeiçoamento das leis trabalhistas (ALERJ, 1984).

Nota-se que o evento produzido na ALERJ motiva os profissionais de saúde, educadores e militantes a reproduzirem as oficinas de autorreflexão em outros espaços. No Centro de Saúde Santa Rosa, Martha Zanetti aproxima-se dos servidores através de convites realizados por Suely Gomes Costa. Em um primeiro momento, não são as *Linhas da Vida* a dinâmica aplicada, apenas uma conversa informal, porém, notadamente impregnada de reflexões acerca da qualidade dos serviços de saúde prestados à população:

Niterói... Eu fiz um trabalho lindo lá, uma vez, no Centro de Saúde. Se chamava Cristina²⁴ a moça, na época. Me chamou lá, eu entrei e senti que as pessoas [profissionais de saúde] haviam sido obrigadas a assistir à palestra. Aí, eu falei bem assim: ‘Vocês nem me conhecem, mas eu vim dar uma palestra’. Munida de autoridade naquele momento: ‘Quem está preocupado, quem tem problema para resolver, seja lá o que for, não precisa ficar. Por favor, tenham coragem de sair.’ E aí, dois homens saíram. Aí, eu disse: ‘Meus Parabéns!’. [...] A primeira coisa que perguntei: ‘Por favor, quem daqui usa o serviço que oferece?’ [Ninguém]. Aí, eu chorei. Falei: ‘Oh, tem alguma coisa errada. Se você não deseja receber aquilo que pratica é porque você não confia.’. Aí, foi uma coisa muito forte, sabe? [...] ‘Eu não vou oferecer pra alguém um banheiro fétido, eu não posso fazer isso, é indigno’. [Argumentaram] ‘Não, isso é trabalho do outro’.

Martha Zanetti se esforça para lembrar suas conexões políticas com o Centro de Saúde, mas, ao fim, percebe não possuir maiores recordações, apenas esse evento, do qual César Macedo também se lembra com dificuldades. Mas o fato é que, já conhecendo bem as dinâmicas desenvolvidas pela terapeuta, Suely Gomes Costa as leva para a unidade. Logo, as práticas educativas, em especial, as *Linhas da Vida*, alcançam também os usuários da saúde.

Márcia Moreira lembra-se desse período:

²⁴ - Não foi possível identificar quem é a Cristina que aparece nessa fala.

Na época que eu vim para cá [para o Centro de Saúde Santa Rosa], era super enorme [a equipe]. Eram seis, só trabalhando Planejamento Familiar, então, era uma equipe muito grande. Só de assistente social, eram três, uma psicóloga, um obstetra, e enfermeira eram três... era até mais de três. Tínhamos teste para gravidez (TIG) [...]. O primeiro andar todo era da Saúde da Mulher. Fazíamos o grupo, orientação [...].²⁵Nós tínhamos, quando começamos, três grupos diferentes, três vezes por semana [...] Grupos lotados. Eram com dez mulheres, oito, mulheres e homens, mas naquela época vinha mais mulher [...] Nós trabalhávamos nestes mesmos temas que hoje: prevenção de DST, corpo da mulher, anatomia e biologia [...].²⁶

Em março de 2015, volto a me encontrar com Márcia Moreira Vaz, a Marcinha. Ela continua no Centro de Saúde, trabalhando no Planejamento Familiar.

Marcinha é uma daquelas profissionais carismáticas que todos conhecem. Com muita história de vida, tem sido uma das minhas principais fontes de pesquisa e inspiração para a composição desta dissertação. Digo isso porque Márcia permanece na unidade há quase trinta anos, o que me faz crer que ninguém pode me fornecer uma narrativa tão completa sobre o processo de ascensão, crise e declínio do PAISM, vivido ali, do que ela. Esteve presente em mudanças de diretorias, conhecendo os diferentes modos de trabalho, vivenciou chegadas e as saídas de profissionais que militam no campo da saúde reprodutiva, viu o desmanche das dinâmicas de grupo e, mais, também se interessou pelo movimento feminista. Todavia, admitindo frustrações.

Em fins da década de 1980, Márcia Moreira encerra suas atividades como diretora de um posto em São Gonçalo (RJ), após um longo período trabalhando com a Saúde da Mulher, mais especificamente, com PPF. Recorda:

[...] existia o Planejamento Familiar, existia a tal da Suplementação Alimentar [...]. Tinha que fazer o Planejamento Familiar para receber o alimento. O alimento era dado no posto. Isso em São Gonçalo. [...] depois eu vim pra cá [...]. Na época, ainda não existia Fundação [Municipal de Saúde], era PREV-SAÚDE²⁷.

²⁵ - Entrevista em 2015.

²⁶ - Entrevista em 2012.

²⁷ - Por iniciativa de um grupo de técnicos do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social, nasce o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), lançado durante a VII Conferência Nacional de Saúde, em 1980. “O programa visava a ampliação da cobertura dos serviços básicos oferecidos e a reorganização das ações, de modo a transformar a política de saúde adotada até então, passando a privilegiar o atendimento de regiões periféricas aos grandes centros urbanos para melhorar as condições sanitárias da população. [...] Este plano [...] foi uma importante tentativa de integração de ações. Como Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, tinha entre seus objetivos a extensão da cobertura de serviços básicos à população e a reorganização do setor público de saúde, enfatizando medidas de saúde coletiva” (SILVA, 1996, p.41-42).

Em 1990 ou, o mais tardar, 1991, chega ao Centro de Saúde Santa Rosa e continua trabalhando com Saúde da Mulher. Nesse período, Monica Almeida é diretora da unidade. Tida como excelente profissional, ela e Virgínia Ferreira ensinam à Márcia novas formas de trabalho. Márcia lembra-se dos cursos, ‘em nível central’, que faziam juntas: ‘Vania Maciel, Maria Célia, Virginia...’. Toda a equipe da Saúde da Mulher. Recordar-se, ainda, do curso de Educação e Saúde, que fez na UFF. Aprendizados que são somados aos ensinamentos tirados das colegas, no dia a dia da unidade.

Nome recorrente nas narrativas de Marcinha, Maria Virgínia Ferreira surge como uma das principais referências profissionais para a enfermeira. Também formada em Enfermagem, torna-se uma de minhas principais personagens para a confecção deste trabalho. Segunda pessoa que procuro ao iniciar a monografia, em 2012. Infelizmente, alegaria não lembrar-se com clareza da experiência vivida no Centro de Saúde Santa Rosa. Atualmente, encontra-se exercendo cargo administrativo no Hospital Municipal Carlos Tortely (CPN).

Outro nome recorrente nas narrativas de Márcia Moreira é o da terapeuta Vania Maciel. Vania também é uma importante influência na vida profissional de Márcia. Segundo a enfermeira, Vania estimula novas formas de trabalho na unidade de saúde, possibilitando intercâmbios profissionais significativos.

Ao analisar essas tantas trajetórias femininas e feministas, vejo um ponto em comum entre elas, protagonistas desse tempo: a aproximação com o feminismo e com o movimento de mulheres. Mesmo que, em um primeiro momento, ingenuamente, o ideal de igualdade foi a mola propulsora das ações políticas desencadeadas por elas.

Nesse período, atraída pelo feminismo e pelas causas femininas, Márcia Moreira filia-se ao Partido Democrático Trabalhista (PDT), mas, em pouco tempo, sofre desapontamentos com colegas de militância, especialmente os atuantes no Centro de Saúde. Nesse ponto da conversa, pediu-me que não gravasse mais.

A partir daí, Márcia Moreira realiza uma análise crítica das intenções políticas de alguns sujeitos dentro da unidade. Segundo ela, os profissionais da saúde reprodutiva tinham, sim, em comum, um interesse especial pelos ideais feministas, isso é fato incontestável. Contudo, haveria diferenças substanciais entre aqueles que desejavam transformar o cotidiano dos usuários através da atuação profissional e política direta e aqueles que buscavam apenas autopromoção, visibilidade. Muitos não estariam empenhados no trabalho cotidiano, mas apenas em projeção política. Sobre isso, Suely Gomes Costa (2015), acrescenta:

Tem a crise da Cristina Boaretto com a Riff, braba! Nunca soube direito o porquê, não me lembro, mas foi uma coisa braba. Era um pouco de luta hegemônica. [...] Elas têm uma série de restrições ao movimento feminista, por quê? Porque esse também é um campo de disputas políticas, né? Eu tive uma relação com ambas, a mais gostosa possível. Ficamos muito próximas, mas, depois que eu as encontrei, elas estavam trabalhando com outras coisas, elas estavam muito marcadas pela decepção com o movimento, com a disputa de poder. Eu, como eu nunca entrei nessas competições, né? [...] O posto [Centro de Saúde Santa Rosa] queria autonomia para desenvolver os processos de trabalho na área da saúde reprodutiva como fosse próprio ao posto, e a Riff queria, Márcia²⁸ queria que todo o estado do Rio fosse programado com uma estrutura única de serviços. Deu confusão! Né? ‘Não, a gente não vai querer. A gente vai fazer aqui com a liberdade que quiser. Quem está trabalhando com o povo não são vocês, que estão no gabinete fazendo norma’. Uma coisa desse tipo: estruturas normativas que não se encaixavam naquilo que a gente fazia, com a liberdade que a gente fazia. [...]

Continua:

Essas memórias, várias pessoas não contam. As pessoas estão vivas, as pessoas ainda se cumprimentam. Estão em postos importantes, mas são pessoas carreiristas, que usaram o feminismo também como trampolim para alguma coisa, né? Mas foi um período de muita criatividade, muita partilha.

Embates políticos, jogos de poder, indivíduos interessados em autopromoção. Frustrações que produzem rachaduras no interior dos movimentos e que enfraquecem ideais de lutas. Decepções e mágoas tornam-se novos ingredientes que pairam nas entrelinhas dos discursos:

[...] uma das pessoas que assumiu [o Centro de Saúde Santa Rosa] era extremamente competitiva, e foi uma mudança áspera a gestão dela, entendeu? Porque, fofoca daqui, fofoca de lá, acaba criando um clima insuportável. Então, aquela unidade que o movimento feminista criava a partir da situação do ser mulher se quebra com uma pessoa não feminista, que tinha em vista uma carreira e uma autopromoção pessoal, isso é verdade. O que aconteceu? Tanto que eu saí do posto, eu vou embora. Porque eu entrei nessa fase de fazer dissertação. Aí, eu saí fora, eu pulei fora da muvuca. Porque a gente trabalhava muito bem enquanto não tinha essa disputa pelo poder [...]. Eu sei que, tanto a Katia [Rato]... eu fui num encontro que elas promoveram, anos depois. Elas se queixaram muito do que elas chamaram de movimento feminista, mas o movimento feminista eram muitos. Havia um grupo que, provavelmente, elas não se acertaram, eu não me lembro mais o que aconteceu, né? Mas, por exemplo, a [Solange] Dacach, encontrei com ela recentemente no aeroporto de Brasília, a Solange. Eu perguntei: ‘E aí? Ainda está trabalhando com feministas?’ Ela disse: ‘Suely, eu não quero ver mais feminista nem morta. Não me pergunte por quê’ [risos] Então tá, eu não vou perguntar [risos]. Quer dizer, porque as pessoas também são... são várias. Não é a condição feminina que dá qualidade a um ser humano. Então, eu acho que as perseguições foram acontecendo por disputas políticas. Eram muitos partidos, as pessoas brigavam mesmo de partido [...]. Foi o caso da Márcia Riff com a Cristina, da Solange com quem ela não me disse, e por aí a fora (Suely Gomes Costa, 2015).

²⁸ - Márcia Riff.

Dr. César Macedo lembra-se dos primeiros passos, em meados dos anos 1980, rumo à criação de um espaço de saúde reprodutiva na unidade: ‘Nós montamos uma sala de reunião. Foi essa a primeira configuração’.

Militante da área da saúde coletiva, ‘César incorporava tudo o que era experiência nova’, lembra-se Suely Gomes Costa (2014). Pós-graduado em Saúde Pública e com especialização em saúde do trabalhador e ecologia humana pela Escola Nacional de Saúde Pública, o médico sempre se interessou por novas formas de trabalho no âmbito da saúde. Logo, interessa-se pela pedagogia *Linhas da Vida*:

A importância do *Linhas da Vida*, pra mim... primeiro, que você trabalha a reconstituição histórica da sua própria vida. Vai te fazer puxar pela memória, através de todos os depoimentos que aparecem, coisas muito antigas, desde seu nascimento.[*Linhas da Vida*] É baseada na memória, na história, na contação de coisas, que são componentes importantes. Quando você recorre à memória para contar algo, se foram momentos felizes, você vive aquele momento duas vezes, mas, se foram momentos tristes, você tem o que eu chamo de ‘aproximação e distanciamento’, por mais que aquilo te traga sofrimento e lembranças sofridas, você já não está mais vivendo aquilo, então, está lhe dando uma oportunidade de ressignificar aquilo (César Macedo, 2013).

Desde os anos como diretor da unidade de Santa Rosa, o Dr. César tem trabalhado na assistência médica em unidades de saúde de diversos portes e níveis de complexidade tecnológica, no planejamento e na gestão de sistemas locais e regionais de saúde, ocupando cargos na Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e Municipais de Saúde de Niterói e São Gonçalo. Atualmente, exerce o cargo de assessor da Presidência e coordenador do Laboratório de Tecnologia Social e Proteção da Vida, do Instituto Vital Brazil. Trajetória profissional que permite que o médico estabeleça alianças profissionais que favoreçam a disseminação de práticas educativas durante a instituição do PAISM, em Santa Rosa, período em que César Macedo torna-se diretor da unidade. César Macedo lembra-se de algumas oficinas nas quais Suely Gomes Costa exercia o papel de coordenadora:

Eu lembro que a Suely colocava isso: ‘qual é a memória mais antiga que você teve?’, e, aí, você começa a lembrar fatos da sua infância – entrada na escola, a adolescência, o adulto, jovem. Dentro da trajetória de reconstrução da sua linha cronológica de vida, você vai prestando depoimento a partir das suas lembranças, trazendo fatos e situações que tiveram grande peso naquele momento. A trajetória do menino contando sobre suas brincadeiras, seus jogos, da sua relação com os amigos, da sua relação com a família é diferente da história de vida da menina. É claro que todo mundo sabe disso, mas, quando você coloca isso em um grupo em que as pessoas fazem depoimento de suas vidas, isso vem cheio de significado (César Macedo, 2013).

É interessante notar a presença de Suely Gomes Costa como personagem importante nas ações desencadeadas no Centro de Saúde Santa Rosa, tendo em vista sua história de aproximação com a temática dos direitos reprodutivos.

No ano de 2012, encontro-me com Suely Gomes Costa em seu apartamento, no Ingá, para uma primeira conversa, por conta de uma indicação de Cenira Duarte. Nesse instante, tenho meu primeiro contato com uma personagem que me faz entender que a história do Centro de Saúde Santa Rosa transcende a simples memória de um lugar, confundindo-se, por certo, com histórias de vida.

O primeiro contato de Suely Gomes Costa com a matéria feminista dá-se no início da década de 1970, momento em que lê *O Segundo Sexo*, de Simone de Beauvoir. Embora se reconhecesse como militante de esquerda, a leitura não estimula seu interesse pelas causas feministas. Ainda assim, aproxima-se do movimento por intermédio da médica ginecologista, Maria do Espírito Santo Tavares. Militante feminista, Santinha, como é conhecida, trabalhava na assessoria da Secretaria de Saúde de Niterói (RJ), e, nesse período, leva Suely a conhecer o movimento:

Eu trabalhei na Prefeitura de Niterói antes de ir para o Estado, antes de ir para universidade, e fui designada para a área da saúde, e, na área da saúde, eu pego a gestão do Tomassini, que tinha a Santinha como assessora. Sanitaristas fantásticos. E o que que estava acontecendo? Era um período eleitoral, em que as mulheres estavam fazendo laqueadura de trompas em troca de votos. Faziam propaganda de um determinado candidato, e eles pagavam, financiavam a laqueadura de trompas. E Santinha estava numa luta contra [isso]. Ela é uma pessoa que tem muita coisa para contar.²⁹ Ela me chamava pra várias reuniões [feministas], e eu não ia. Eu não me via muito (risos) no campo dela. Estava muito mais ligada nas lutas da esquerda da saúde – por uma saúde coletiva, comunitária – do que qualquer coisa. Lembro-me de que ela me chamava sempre para a reunião. Um dia, eu fui. Achei aquela reunião um chororô danado, né? As mulheres falando de dominação, de maridos que tomavam conta e não sei mais o quê...³⁰

Em 1983, Suely Gomes Costa torna-se professora da Escola de Serviço Social (UFF) e escolhe a área de formação profissional como disciplina de trabalho, logo, o Centro de Saúde Santa Rosa torna-se campo de estágio dos futuros assistentes sociais.

A abertura de tantos campos de estágio, no período, e, em especial, no Serviço Social, confirma-se por ocasião do convênio inédito estabelecido entre a universidade e a unidade, por conta das iniciativas do Dr. César Macedo e de Suely Gomes. O especial interesse da docente pelo Centro de Saúde se explica pelo fato de que parte da equipe com que já havia trabalhado no município, agora, localizava-se na unidade de Santa Rosa.

²⁹ - Entrevista em 2015.

³⁰ - Entrevista dada a Pedro, 2004, p. 03.

Durante o primeiro governo Brizola, Suely vai para o Centro de Saúde com suas alunas de estágio. Nesse instante, a docente entra em contato com as questões da saúde da mulher e ajuda na disseminação da metodologia *Linhas da Vida*. Em meados dos anos 1980, Suely já está totalmente envolvida com essas oficinas, que são a marca dos movimentos de mulheres em Niterói (RJ).

Nesse período, o Centro de Saúde desenvolve um vasto programa de reformulação assistencial que contava com a colaboração de profissionais da saúde e militantes dos movimentos sociais:

Como campo de estágio, eu vou para a área de saúde, fico no Centro de Saúde Santa Rosa, que estava sendo revolucionado, mas, aí, por um outro movimento, pelo movimento médico de reformulação das estruturas de saúde pública, que é a geração do Roberto [Dr. César Macedo], César Roberto... Então, acontece assim: meu casamento entra em crise. Casamento em crise, eu entro na universidade, faço concurso, vou ser professora da UFF, pego a área da saúde, meu pai era médico, vou para o Centro de Saúde Santa Rosa, inclusive onde meu pai trabalhava... Então, encontro esse movimento já gestado, em andamento. Eu tomo contato com ele, assim, intimamente, através da Hildete, Hildete é a ponte. Ela levou muita gente, até hoje. (Suely Gomes Costa, 2015).

Verifica-se que as mudanças propagadas possuem um efeito multiplicador que reúne diversos atores ao redor dos direitos reprodutivos. Cristina Boaretto, Dalia Renata Rossi, Katia Rato, Luciana Macedo, Maria Célia Vasconcellos, Vania Maciel e Nara Helena Rodrigues fazem parte de um grupo muito atuante na unidade, embora haja, ainda, tantos outros servidores engajados na questão reprodutiva que chegam e partem ao longo da década. Suely (2015) lembra-se:

A minha ida para a saúde se deu, primeiro, porque papai era da área da saúde, e eu participava muito dessas preocupações dele com a saúde pública. Ele foi diretor de posto, dirigiu o posto da Ilha da Conceição, depois ficou como médico clínico lá do Santa Rosa. Ele não estava mais no Santa Rosa quando eu (já tinha se aposentado), quando eu fui pra lá, mas eu sabia a história do Santa Rosa. Então, eram postos que foram muito importantes nessa virada de um monte de programas que estavam aparecendo, surgindo, pipocando.

Suely Gomes Costa lembra-se da importância desses protagonistas em sua caminhada política, destacando uma feminista, em especial, que marca sua trajetória: Hildete Pereira de Mello. Sob a influência de Hildete, de fato, Suely ingressa na militância feminista. Embora a médica Santinha tenha lhe estimulado a participar da vida política em um primeiro momento, somente sob a influência de Hildete Pereira Suely liga-se ao movimento de mulheres. ‘Devo minha entrada no movimento a ela. Toda a minha aproximação com o movimento feminista

se deu através da Hildete, que já era uma feminista que está nas lutas desde os anos 1970. Muito antes, até’, avalia Suely (2015).

Em meados da década de 1980, o Centro de Saúde Santa Rosa abriga inúmeros grupos de autorreflexão. Maria Mulher é um desses grupos que surgem tendo representação, inclusive, na Comissão dos Direitos Reprodutivos durante o mandato de Lúcia Arruda, até sua saída da ALERJ e do movimento de mulheres, quando, por ocasião, a comissão se dissolve. ‘A Lulu, ela sai do mandato por uma questão pessoal, né? Morreu uma criança afogada na piscina da casa dela, então, ela se interna na Amazônia [...]. Vai para lá, fica naquela história, e eu perdi ela de vista’, conta Suely Gomes Costa (2015). Assim como os demais grupos reflexivos instalados na unidade, o Maria Mulher prossegue realizando estudos e treinando servidores e militantes, principalmente ligados à saúde e à educação (PEDRO, 2004).

Era uma conjuntura muito revolucionária, com muito movimento, muito protesto contra mortalidade materna. Hildete faz um belíssimo estudo sobre aborto, morte por aborto, aí, tudo isso vai desencadeando. Tinha na escola uma outra feminista, Suely Almeida, que já morreu, lamentavelmente. Éramos duas Suelys, ambas feministas, e ela trabalhava em outra área, não me lembro qual é, porque ela era do Rio. Depois, ela vai para a UFRJ. Ela faz concurso para o Estado, sai daqui e vai para a UFRJ. E, lá, cria um importante núcleo, no Serviço Social, de estudos sobre mulheres. Todas as pesquisas da UFRJ, em Serviço Social, foram pelas duas Suelys. Eu, na UFF, e ela, na UFRJ. Então, tem um caldo cultural, uma conjuntura em que o movimento, dessa segunda onda feminista, está no pico, né? (Suely Gomes Costa, 2015).

A exemplo disso, em um outro momento, médicos e enfermeiros são chamados, em uma oficina, a ficar na posição das parturientes, com as pernas abertas, de forma desconfortável, afim de entenderem como é para as mulheres estar naquela situação de vulnerabilidade diante de profissionais, muitas vezes, desconhecidos. Outro momento ocorre durante uma oficina, no auditório da policlínica, em que usuários e profissionais da saúde são postos lado a lado para discutir as relações de atendimento e seus entraves, em uma experiência única, que já completa mais de trinta anos.

Segundo registros de Vilma Oliveira (1984), grupos de tomada de consciência ocorrem abundantemente no Centro, nos anos de 1984 a 1985. Um grupo, em especial, dura quatro meses, e seus trabalhos semanais levam até quatro horas ininterruptas. Iniciado em Outubro de 1984, encerra suas atividades em Fevereiro de 1985.

O grupo, aberto a todos que desejassem participar, contaria, a princípio, com quatorze pessoas de diferentes classes sociais, regiões e com idades entre 23 e 40 anos. Haveria, também, profissionais da saúde ali. O enquadramento não seria rígido. “Não se fixou, em

clareza, o papel do ‘orientador’ de grupo. Esta função ficou distribuída por vários membros do grupo” (OLIVEIRA, 1984, p. 33).

Após o processo de levantamento de experiências e reflexões coletivas, são registrados os momentos de vida em um grande papel. O objetivo desses registros define-se em grupo, como também de efetivar um documento que pode divulgar experiências, além de oferecer parâmetros para críticas aos programas sociais destinados à mulher (OLIVEIRA, 1984). Traça-se, ao final dos trabalhos, o perfil de uma ‘mulher coletiva’, comprometida com a construção das políticas de saúde em Niterói (RJ). Conta Suely Gomes Costa:

Pretendia-se um perfil coletivo de mulher. Esse perfil coletivo era traçado com dados de cada membro, com os comuns e os diferentes. Mas ficava sempre como ‘perfil’ aquilo que nos tornava assemelhadas, e isso era dado pelos ciclos de vida da biologia feminina. [...] Quando não se sabia, ou se tinha só uma impressão, a gente buscava informação. Em geral, obtinha-se em casa essa informação, como na conversa com meu pai. Sempre se descobria algo de novo sobre o nascimento. Havia depoimentos sobre rejeição materna numa gravidez indesejada ou numa tentativa de aborto; ou sobre rejeição paterna, quando a expectativa era de um primeiro filho homem etc., etc., entendeu? A gente recompunha informações; em alguns casos, uma única sessão não bastava. Eu, geralmente, desenvolvia a vivência em três sessões.³¹

Os frutos colhidos durante as oficinas possibilitam a produção de pesquisas, no interior do Centro de Saúde: uma sobre a prática do aborto e outra sobre o exercício do planejamento familiar (OLIVEIRA, 1984).

As oficinas foram além, conta Martha Zanetti (2014):

Em 1980, algumas mulheres do Jornal Brasil Mulher convidam o CEAMI (nessa época, eu, Cristina e Vitória, porque Cristina e Vitória tiveram os bebês comigo—eram psicólogas e adoraram) [retomava a leitura] para fazer um trabalho em Vila Parque União com 30 mulheres da periferia do Rio de Janeiro sobre Sexualidade Feminina. E lá vamos nós outra vez de Linha da Vida, só que dessa vez em pequenos grupos. As mulheres discutem como souberam que eram mulheres, quais as lembranças da infância, adolescência e como vai indo a vida adulta. Depois, montamos uma linha que resume nossas histórias. Foi forte e bonito esse encontro. E deu frutos. O amor: daí, surgiu o Primeiro Grupo de Vivência e Reflexão sobre Sexualidade Feminina. Anos mais tarde, e muitos grupos depois, não só de Sexualidade Feminina, como também um sobre Sexualidade Masculina, o CEAMI, de uma salinha pequena, já está instalado numa casa grande.

³¹ - Entrevista dada a Pedro, 2004, p.10.

Durante os primeiros anos da década de 1990, a reivindicação por uma política pública de saúde reprodutiva é, segundo Correa (1993), em grande medida, substituída pela Campanha Contra a Esterilização em Massa de Mulheres.

Como saldo desses tempos de lutas por reconhecimento de demandas sociais, verifica-se a entrada em cena de novos sujeitos interessados na questão reprodutiva. Além do movimento de mulheres, nota-se a presença do movimento negro e de alguns partidos políticos. Grupos heterogêneos em demandas e perspectivas (CORREA, 1993).

4. O DECLÍNIO DO PAISM EM FINS DOS ANOS 1980

Em razão dos dilemas vivenciados pela atenção básica, mais especificamente, pelo Programa de Planejamento Familiar (PPF), observados durante meu período de estágio, passo a interrogar sobre os desvios sofridos pelo PAISM dentro da unidade. Em que o PAISM se transformou? Penso que essa mudança vale para apoiar um processo de avaliação qualitativa de políticas públicas.

Hoje, dilemas postos pela precarização do espaço da Saúde da Mulher, com esvaziamento das iniciativas advindas de sucessivas lutas dos movimentos sociais de mulheres, outrora responsáveis pela montagem do PAISM, dão indícios do declínio do programa.

Na atualidade, vejo que as práticas educativas chegam ao fim, fazendo com que o PAISM perca o apoio antes recebido por essas iniciativas pedagógicas, advindas dos movimentos sociais de mulheres. Com uma área de abrangência para muito além dos PPF, a concepção do PAISM me parece ter fenecido. Por que razões? O que se passa no plano político que muda a orientação defendida pelo PAISM? Isso permite indicar a matéria deste 3º Capítulo.

Por isso, busco reunir, neste último momento do trabalho, ‘indícios da derrocada do PAISM’, nessa experiência feminina e feminista local. Utilizo-me das vozes até aqui registradas: Dr. César Macedo; Márcia Moreira, enfermeira que contribui substancialmente para este capítulo, tendo em vista sua permanência na unidade; Suely Gomes Costa, que, por sua própria história de participação na experiência ali desencadeada, logo afasta-se por conta de decepções, mas também acrescenta reflexões sobre os ‘descompassos’ da militância feminina desde então; Martha Zanetti também contribui com suas críticas às relações de poder ocorridas a partir da disseminação da *Linhas da Vida* e realiza um balanço das ações desenvolvidas. Esses protagonistas localizam, a meu ver, aquilo que conseguem hoje classificar como razões da ‘derrocada’ do Programa, nessa experiência feminista local. E, em muitas ocasiões, confirmam a afirmativa de que o ‘O PAISM, na atualidade, resume-se às reuniões de planejamento familiar’.

Como documento essencial à feitura deste capítulo, destaco a Ata da 9ª Audiência Pública da Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher, realizada na ALERJ, em 2009, que traz importantes reflexões de deputadas feministas, contribuições sobre os avanços e retrocessos das articulações políticas em prol da Saúde Reprodutiva em todo o estado do Rio

de Janeiro. Reviravoltas políticas que, por certo, influenciam os rumos do PAISM no Centro de Saúde Santa Rosa.

4.1. A INOCÊNCIA INICIAL SE APAGA: RAZÕES QUE CONFIRMAM A CRISE

As décadas de 1970 e 1980 são marcadas pela aproximação de diversos atores sociais com um objetivo em comum, notadamente: a conquista da cidadania. Tanto em nível local quanto global, observa-se o surgimento de diferentes tipos de movimentos sociais dialogando e pressionando o Estado a fim de serem cumpridas melhorias nas condições de vida. “Sem dúvida nenhuma, era um período em que o País também vivia grandes ebulições, nós tínhamos utopias, acreditávamos que podíamos transformar todo mundo, lutávamos pela democracia [...]”³²

No campo da saúde, vê-se o abandono do modelo centralizado, dual e seletivo que impera durante o regime militar. Isso significa dizer que chega ao fim a organização dos serviços de saúde segundo critérios que dividem a população brasileira em dois grupos: o dos segurados e dos não segurados. Entende-se que, até então, esse modelo de atendimento à saúde importava ao segundo grupo, o dos não segurados pelo sistema de seguro-saúde do INAMPS, uma assistência resumida às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, com ações executadas pelo Ministério da Saúde, por secretarias e órgãos de saúde de estados e municípios (ARRETCHE, 1998).

Resumidamente, acrescenta Silva (1996), caberia a órgãos, como os Ministérios do Trabalho e da Educação e as Secretarias Estaduais de Saúde, compartilhar, indiretamente, com o Ministério da Saúde e o Sistema Previdenciário as responsabilidades pela atenção à saúde da população.

Com a aprovação da Constituição de 1988³³, a saúde passa a figurar como direito de todo cidadão, sendo dever do Estado assegurá-lo mediante acesso universal aos serviços (ARRETCHE, 1998).

³² - Deputada Carla Brasil, em discurso na 9ª Audiência Pública da Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher, realizada na ALERJ, em 2009.

³³ - “A Constituição Federal de 1988 representa uma profunda transformação no padrão de proteção social brasileiro, consolidando, na lei maior, as pressões que já se faziam sentir há mais de uma década. Inaugura-se um novo período, no qual o modelo da seguridade social passa a estruturar a organização e formato da proteção social brasileira, em busca da universalização da cidadania. No modelo de seguridade social, busca-se romper com as noções de cobertura restrita a setores inseridos no mercado formal e afrouxar os vínculos entre contribuições e benefícios, gerando mecanismos mais solidários e redistributivos. Os benefícios passam a ser concedidos a partir das necessidades, com fundamentos nos princípios da justiça

Todavia, notam-se, ainda, “[...] importantes transformações nas relações entre Estado e sociedade no Brasil, sob impacto de dois condicionantes principais: a democratização e a crise fiscal” (FARAH, 2004, p.49). A partir das décadas de 1980 e 1990, uma série de medidas governamentais visando à contenção de uma suposta crise econômica mundial põe em xeque as conquistas sociais verificadas no pós-1988.

Constata-se que vários países, incluindo o Brasil, agem no sentido de reduzir os gastos públicos, atitude que afeta diretamente a marcha pela universalização de direitos sociais (BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

Na saúde, o principal paradoxo é que o SUS, regido pelos princípios da universalidade, equidade, integralidade das ações, regionalização, hierarquização, descentralização, participação dos cidadãos e complementaridade do setor privado, é minado pela má gestão, que se expressa na péssima qualidade dos serviços e na falta de recursos. Além do que, verifica-se que o crescente aumento da arrecadação tributária não tem sido devidamente revertido em aumento de recursos para as políticas sociais de um modo geral (BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

Márcia Moreira dá importantes contribuições a respeito dessa conjuntura, que indica ascensão e crise da saúde pública. Segundo a enfermeira, havia uma facilidade de obtenção de subsídios para ações nos espaços de saúde da mulher. Criavam-se oficinas, grupos de autorreflexão. O planejamento familiar também tornara-se uma ação de governo inserida no contexto do PAISM.

Naquela época, a moda, o *boom* era falar em Planejamento Familiar era trabalhar em Planejamento Familiar. Existia um incentivo muito grande do governo, então nós tínhamos medicação para acompanhamento das mulheres, medicação para tratamento ginecológico, tínhamos anticoncepcional [...] (Márcia Moreira, 2012).

Após décadas de identificação com o assunto, no ano de 1983, o governo brasileiro resolve, pela primeira vez, incluir o planejamento familiar como uma das atividades desenvolvidas no quadro da assistência à saúde, sob sua responsabilidade (SOBRINHO, 1993). Nesse período, surge o PAISM, ligado ao Ministério da Saúde.

social, o que obriga a estender universalmente a cobertura e integrar as estruturas governamentais. [...] A inclusão da previdência, da saúde e da assistência como partes da seguridade social introduz a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania, sendo que antes eram restritos à população beneficiária da previdência” (FLEURY, 2009, p.745).

Verifica-se que o surgimento do programa é seguido de importante decisão do INAMPS: a de implantar uma rede nacional de atendimento que prioriza a disseminação de informações sobre os métodos anticoncepcionais considerados ‘naturais’. Desde então, a maioria das Secretarias Estaduais de Saúde, em convênio com o INAMPS, passa a trabalhar na concretização do que havia sido formalmente decidido (SOBRINHO, 1993).

O PAISM é o primeiro programa nacional e oficial a contemplar o planejamento familiar, no Brasil. Envolve em um discurso, até então, novo, a questão do planejamento familiar, ou do controle da natalidade, ou da regulação da fecundidade, torna-se tema de inúmeros debates que reúnem opiniões antagônicas. Enfim, o que de fato ocorre é que o emaranhado ideológico, às vésperas do ano de 1983, é suprimido em um discurso oficial, em uma política de governo. Vê-se que o velho antagonismo teórico ‘natalismo’ *versus* ‘antinatalismo’ é superado, o privado torna-se estatal (SOBRINHO, 1993).

O Planejamento Familiar era uma sala, que eram dois consultórios desse, almofadas no chão[...]. Botávamos duas, três folhas de papel branco, desenhavam a Linha da Vida e, ali, suas fases, e cada uma com pilot, escrevendo. Sentava todo mundo no chão. Tínhamos uma facilidade de material, tínhamos jogos. Era um trabalho que dava condição de você fazer. A clientela procurava muito. Outra coisa, todas as mulheres da ginecologia tinham que passar pelo Planejamento Familiar, então, nós tínhamos uma demanda muito grande, e todo o nosso material era fornecido pelo Ministério da Saúde.³⁴ Todo mundo encaminhava seus pacientes, homens e mulheres, para trabalhar, às vezes, até a sexualidade. Às vezes, nem era a questão de prevenção de doenças, mas questão de estar com a sexualidade mal resolvida, sem doença, mas com mau humor, isso e aquilo, mal resolvido. Então, várias coisas têm como trabalhar no Planejamento Familiar, não é só os métodos³⁵ (Márcia Moreira)

O discurso de Márcia Moreira, acima, resgata um momento, em especial. Momento em que a Saúde da Mulher era um espaço de ativa atuação estatal, verificados os investimentos empregados. Esse mesmo discurso revela, ainda, uma narrativa saudosista, de uma profissional que vivenciara o auge do PAISM dentro da unidade e que, nos dias atuais, constata o abandono da saúde pública.

Nota-se que o avançado projeto do SUS patinaria, nos anos de 1988 a 1994, em grande medida, por conta da instabilidade econômica. Segundo Medici (2011), a hiperinflação, as crises e desordens nas receitas são algumas das características da conjuntura iniciada em fins da década de 1980, que atrapalharia a concretização do sistema de saúde nos moldes propostos pelos movimentos sociais. Vê-se, ainda, que as estratégias governamentais de

³⁴ - Entrevista com Márcia Moreira em Agosto de 2012.

³⁵ - Entrevista com Márcia Moreira em 2015.

implementação do SUS dariam pouca importância ao papel da atenção básica, da promoção e da prevenção, o que levaria o sistema de saúde ao descrédito.

Ainda, segundo Medici (2011), entre tantos problemas verificados, a questão do financiamento do SUS também seria ponto decisivo para o relativo fracasso da política. Consta-se que o orçamento da Seguridade Social seria pesadamente consumido pelo crescimento dos gastos com aposentadorias e pensões, o que, de fato, reduziria os recursos destinados à política de saúde. Logo, o SUS entraria em um período de ‘desfinanciamento’ por conta da falta de recursos para cumprir as funções definidas pela Constituição Federal e pela Lei Orgânica da Saúde.

Mais de uma década depois, passo a experimentar os mesmos dilemas da degradação da saúde pública em meu ambiente de estágio, o que me permite contribuir com minhas experiências. Verifico que essas transições ocorridas no nível das ações programáticas do Estado podem nos dar indícios do declínio do PAISM.

No primeiro semestre de 2009, saí à procura de estágio, segui até a Prefeitura de Niterói(RJ), prédio em que se localiza a Fundação Municipal de Saúde. De um funcionário da Divisão de Desenvolvimento (CORHU), no 9º andar, recebo um folder com uma lista de todos os hospitais, policlínicas e unidades de saúde do município que poderiam me abrigar como estagiária. Então, saí à procura de uma oportunidade visitando os locais indicados pela lista. Dias depois, quando já se esgotava o prazo para o credenciamento de estágio na UFF, chego à Policlínica Dr. Sérgio Arouca – unidade localizada, atualmente, na Praça Vital Brazil, s/nº, no Bairro de Santa Rosa, Niterói (RJ).

Naquele lugar estavam depositadas minhas últimas esperanças. Minha afinidade com a área da saúde, desde o início do curso de Serviço Social, impedia-me de cogitar outro campo de atuação. Mal sabia que a experiência vivida ali me renderia matéria para tantas pesquisas futuras.

Ao entrar no espaço do PPF, converso com uma assistente social que logo me informa: ‘não recebo estagiárias, mas se quiser ir ficando por aí...’. E foi assim que iniciei meu primeiro contato com a área da Saúde da Mulher.

No segundo semestre de 2009, inicio o estágio. Terças e quintas são os dias das reuniões de PPF, logo pela manhã. Nesse espaço, ainda nas primeiras semanas de atividade, começo a construir um Diário de Campo e a me indagar sobre minhas atribuições no campo.

Participo das reuniões com os usuários, participo das reuniões com a diretoria nos períodos de elaboração de projetos, participo de atendimentos individuais aos usuários, sempre na presença de minha supervisora e de uma enfermeira. Embora haja atividades, sinto

a ausência da interação entre a universidade e a unidade de saúde. Não há um Plano de Estágio, e, ao tentar implantá-lo, sou surpreendida com uma negativa.

Vejo que as leituras e reflexões realizadas no espaço da universidade não chegam ao campo de estágio. Logo, começo a me indagar sobre essa situação, fico refletindo sobre o fosso existente entre a academia e a realidade do fazer profissional, entre a instituição e os movimentos sociais de mulheres, estes últimos, antes, tão atuantes na unidade. Vi-me em um ambiente precarizado e desestimulante.

Com isso, passo a ponderar a respeito dos desvios ocorridos nas experiências iniciais do PAISM, que também envolvem estagiários do Serviço Social. A teoria sobre a qual me debruço, em períodos anteriores ao estágio, não condiz com a realidade, marcada pelas iniciativas advindas dos movimentos sociais na construção do programa.

Decerto, parece-me ainda necessário entender o contexto mais amplo das mudanças responsáveis pela precarização da saúde pública, que colabora, inclusive, para a manutenção de um *status quo* capaz de embarreirar a concretização da integralidade na assistência à saúde. Vejo que a redução de recursos governamentais e a ausência de estímulos aos profissionais continuam contribuindo para a fragmentação das ações, fazendo com que as especialidades no âmbito da assistência à saúde tornem-se ‘ilhas’ favoráveis ao surgimento de relações de mando.

Ao analisar a fala de Márcia Moreira (2012), revejo o cenário acima indicado.

Hoje é basicamente só o Planejamento Familiar e atendimento médico de ginecologia [...]. As coisas foram acabando [...]. Ela [a paciente] conversou com o médico e ele achou o que era melhor para ela. Quem escolhe o método [contraceptivo] é o casal ou a mulher. Ela que vai definir. Tudo é colocado no grupo. Cada método é colocado, nós esclarecemos tudo sobre todos os métodos. Então, quando a mulher sai daqui, ela tem melhor condição de escolher o método que ela quer. Agora, quando ela já vem direcionada pelo médico. Quando o médico profissional diz ‘o melhor para você é o DIU’, ela já vem focada, ela não tem a mínima autoridade. A procura agora é basicamente DIU, vasectomia e laqueadura na gestante. Quem usa anticoncepcional. Claro que tem gente indo à ginecologia para pegar receita de anticoncepcional injetável. Não passa nem por aqui. Fizemos sala de espera para incentivar as mulheres a virem para o Planejamento Familiar. Elas nem dão bola. Elas ficam sentadas uma conversando com a outra e dizem ‘vocês são o que mesmo?’. Nós damos uns panfletinhos do Planejamento Familiar, mas elas não estão interessadas. [...] Mas não tem peso. A palavra do médico tem maior peso. Eu acho que um dia vai mudar.

Márcia Moreira indica em seu discurso problemas que estão longe de ser equacionados e que estão acompanhados de duros embates. A questão das relações de poder entre as profissões, travadas no interior da unidade, torna-se um ponto comum sustentado em todo seu discurso – questão relevante presente nas lutas no Centro de Saúde em meados dos anos 1980.

Nesse período, Dr. César Macedo indica que havia um desejo de reconfiguração da unidade tendo por base a transformação das relações entre os próprios profissionais da saúde. Quanto se avança desde então? Muitos entraves persistem e reafirmam a unidade de saúde como um local da disciplina médica.

Enfim, o que se coloca, notadamente, em debate é que o campo da saúde pública é um campo político, espaço de hegemonia de uma disciplina ou da articulação cooperativa de várias disciplinas. Isso significa que é um campo de correlação de forças que se engendra no confronto das práticas (GOMES; DESLANDES, 1994).

O discurso da enfermeira Márcia Moreira assemelha-se às queixas de assistentes sociais, verificadas em meu campo de estágio. Discursos que evidenciam semelhanças nas origens das duas profissões e de suas similitudes na inserção das estruturas de poder das instituições de saúde. Percebe-se que tanto o Serviço Social quanto a Enfermagem são profissões originárias de ocupações tidas como ‘femininas’, e que, no âmbito da organização institucional de saúde, subordinam-se à medicina, exercida por homens (ALVES; CHAVES, 2010).

Os hospitais, por exemplo, apresentam uma conformação gerencial hierarquizada que abriga, por vezes, interesses conflitantes. Percebe-se que os cargos de direção dessas instituições são comumente ocupados por médicos do sexo masculino (FERREIRA *et al.*, 2010). Infelizmente, a submissão dos profissionais da saúde frente ao poder simbólico do profissional médico, seja pela questão de gênero ou pela própria cultura da desvalorização dos saberes de outras profissões que compõem a saúde (ALVES; CHAVES, 2010), é raramente problematizada. Todavia, como indica a deputada Fernanda Carneiro: “[...] tinham médicas dentro do movimento [feminista e de mulheres] que faziam crítica do médico. É muito difícil você conseguir solidariedade entre os médicos. É muito corporativista. E a gente superava isso.”³⁶

Logo, remeto-me, novamente, à experiência de tomada de poder da direção do Centro de Saúde Santa Rosa, ocorrida a partir de meados de 1980. Período em que, segundo Suely Gomes Costa (2014), havia ‘uma estratégia de permanência’ de mulheres, enfermeiras, assistentes sociais na gestão da unidade. As sucessivas gestões femininas faziam parte de um desejo de tomada de poder local, algo fundamental, segundo desejos de feministas inseridas no campo da saúde. Percebe-se que essasseriam estratégias que visariam a romper com a hegemonia masculina e médica de poder. O que permanece dessa experiência?

³⁶- Ata da 9º Audiência Pública da Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher, realizada na ALERJ, em 2009.

Embora alguns autores concordem que não existem relações sociais ausentes de relações de poder, observo que o ambiente da saúde pública é um campo fértil para a análise desses conflitos:

Doutor P., ele não fazia os grupos, mas ele colaborava muito conosco em termos de atualização, porque, por exemplo, hoje, os ginecos são liberados para os congressos mas não repassam para a gente. Ele, não, ele ia aos congressos e, quando voltava, nós tínhamos duas, três reuniões com ele no auditório, nós, a equipe de Saúde da Mulher. Nós estávamos sempre atualizados. Nós estávamos sempre atualizados para conversar com a clientela, para atualizar também, informar, ajudar. Nosso papel como educador em saúde, nós que fazemos grupo, que somos educadores em saúde, nosso papel básico é justamente dar condição às pessoas de ter acesso às informações atuais sobre o corpo delas, sobre o que existe para ela se cuidar, mas para isso precisamos estar atualizados. [...] Não tem mais curso de atualização (Márcia Moreira, 2012).

A narrativa de Márcia Moreira (2012) segue revelando alguns outros nós do campo da saúde pública: um deles é a falta de articulação entre as especialidades, que, por certo, inviabiliza o desenvolvimento do PPF. Afirmando que, quando não há um esforço conjunto para a concretização da assistência em saúde, em sua integralidade, os objetivos do PAISM deixam de ser cumpridos. Vejo que, no âmbito do PAISM, persistem nós tão complexos que não nos permitem realizar diagnósticos simplificados do estado do programa na atualidade.

Na trilha da discussão das relações de poder, no âmbito da unidade de saúde, Martha Zanetti (2014) também dá indícios das tensões estabelecidas com médicos no período em que desenvolvia as dinâmicas de grupo. Terapeuta por formação, Martha também identifica o poder simbólico presente nesse profissional. Durante as oficinas, observava as reações dos usuários diante da presença do médico. Constatou: ‘Era incrível, quando entrava [na sala] um médico, ficava todo mundo burro, ignorante, sabe?’

A própria metodologia *Linhas da Vida* não estaria isenta de conflitos, que se expressam em lutas por autoria. Sendo assim, Martha optaria por não estabelecer vínculos institucionais:

Eu sempre trabalhei independente porque as instituições elas têm muitas normas e elas toham, elas são importantes do ponto de vista acadêmico, mas no ponto de vista da criação é muito difícil. Porque tem autoridade, autorias, tinha uma inveja, competição, então, entra alguém com uma ideia totalmente nova... Eu sempre fui muito revolucionária. No tempo, não se pensava nisso, não se falava sobre isso. Então, vou te dizer, outras vezes que a Linhas da Vida esteve... depois teve uma ciúmeira que então na China já se fazia Linhas da Vida... [...] Quando começam essas disputas de poder... ‘eu estou aqui para ensinar o que eu aprendi, não estou aqui para disputar poder’. E, como as filhas que crescem e estão no mundo dando seu recado, a Linha da Vida também cresceu, está aí, solta na vida. Mas isso só foi possível pelo encontro com essas mulheres todas que acreditaram no instrumento de trabalho que é a Linha da Vida. Pessoas que acreditam na liberdade, que garantem a

fala de cada um e que crescem com isso, suportam as diferenças que não precisam do poder, porque não têm poder (Martha Zanetti, 2014).

Sobre tais disputas institucionais, em especial, as ocorridas no Centro de Saúde Santa Rosa, Suely Gomes Costa (2015) faz uma avaliação, seguida de uma confissão, sobre os motivos de seu afastamento da unidade, em meados da década de 1980:

Tivemos vários mandatos femininos de gestão do posto, não sei se César [Macedo] contou isso... [...]. Também tem o negócio da disputa. Ao mesmo tempo, você tem o PT sendo criado, o Partido Comunista brigando, a esquerda toda fragmentada, porque está juntando pedaços daquilo que a Ditadura Militar criou, aqueles movimentos, MR8. Então, você tem gente de várias, várias tendências, e uma síntese faltava. O que juntava a gente era o trabalho do posto, né? Era o trabalho de campo. Mas, quando chegava a hora das disputas por poder, as coisas engrossavam muito. A minha saída de lá [do Centro de Saúde Santa Rosa] foi isso, que mudou o clima.

Como bem situam Chaves e Alves (2012), o poder não é algo localizável ou de propriedade exclusiva de alguns indivíduos. O poder não é exercido apenas por homens sobre mulheres, mas também por mulheres sobre mulheres.

Porque o feminismo, a hegemonia do movimento feminista é outro traço, né? A busca de liderança, autopromoção. Como qualquer movimento social, tem essas disputas. O fato de ser feminista não apaga a qualidade política, melhor ou maior qualidade política de uma pessoa. Quer dizer, não apaga nem acende, um negócio que fica um ponto morto. Na vida, você vai descobrindo. Como eu não fazia política partidária e não estava afim de nada, a não ser do programa [PAISM], e aquela muvuca já não estava me agradando, eu tenho que escrever a dissertação, eu me afasto. Vou escrever, vou fazer outra coisa. Então, foi mais ou menos isso que aconteceu. Essa história interna, das disputas feministas, não está escrita (Suely Gomes Costa, 2015).

Profissionais de diferentes áreas da saúde vivenciam experiências importantes com as práticas educativas de cunho feminino e feminista, em especial, a metodologia *Linhas da Vida*. Descobrem-se iguais em muitos aspectos. Talvez essa tenha sido a inocência daquele período: acreditar que não havia diferenças insuperáveis. Em especial, com relação às *Linhas da Vida*, sua criadora, Martha Zanetti, ao levantar a bandeira da igualdade biológica, inocentemente, invisibilizaria as relações de poder, em especial, as ocorridas entre mulheres. Quando afirma que: ‘Somos mulheres, temos voz. Temos uma história’, Martha encoberta diferenças notáveis entre indivíduos desiguais.

Embora as *Linhas da Vida* tenha se institucionalizado como prática inovadora dentro do espaço da saúde, reunindo inúmeros sujeitos ao redor de práticas mais simétricas entre usuários e servidores, ela estaria, ‘despercebidamente’, contrariando os novos estudos de

gênero que surgem. Embora as oficinas tenham sido inovadoras para a época, reafirmariam papéis ao reunir mulheres em torno de especificidades biológicas. Na década de 1990, essa inocência inicial se apaga (COSTA, 2009a).

Na defesa da universalização de um atendimento público de qualidade para a população de mulheres, o PAISM incorpora a *Linhas da Vida* como metodologia de ação política. Vista como prática inovadora, como pedagogia de tomada de consciência, debruça-se sobre uma dada condição feminina, sustentando o conceito da ‘irmandade’ (ou ‘sororidade’) e a visão de essencialidade feminina, atributo universal de viés biológico (COSTA, 2002). Fato que contribui para o ocultamento das desigualdades entre mulheres e corrobora a invisibilidade das questões de gênero, como, por exemplo, da temática homossexual.

De forma marginal, o movimento homossexual brasileiro surge no final dos anos 1970, predominantemente formado por homens homossexuais. Nesse mesmo período, nota-se o surgimento da organização lésbica, em 1979, quando lésbicas, notadamente feministas, começam a participar mais ativamente de espaços de luta e afirmação homossexual (MESQUITA, 2004).

Embora tão semelhantes no que diz respeito à luta por direitos, os diversos coletivos que compõem o chamado Movimento Gay também conhecem em sua organização inúmeras divergências políticas. Atritos pessoais, afetivos, além de incompatibilidades ideológicas, dificultam a convivência no interior dessas organizações. Por conta disso, o próprio movimento lésbico preferiria, pouco tempo depois, consolidar uma militância, ainda que tímida, especificamente lésbica e feminista (MESQUITA, 2004).

Com limitações, inclusive dentro desses grupos, a pedagogia *Linhas da Vida* revela seu potencial político em outros movimentos sociais, como em coletivos contra a violência doméstica, e em diferentes movimentos de mulheres espalhados por todo o país e encabeçados por coletivos como o SOS CORPO, no estado do Rio de Janeiro e na cidade de Recife (PE). Práticas análogas serão verificadas em atividades de ONGs que tratam a questão da AIDS, todas de grande efetividade política (COSTA, 2002).

A Linha da Vida foi a necessidade que a autora teve de trazer a voz do outro para não ir lá [na unidade de saúde], cheia de normas, falar da sexualidade feminina. Entendeu? Porque existem tantas sexualidades quanto individualidades. A tua sexualidade não é igual à do outro. Então, [foram] essas coisas por aí que me deram força. Por isso, então, nasceu a *Linhas da Vida*, e nasceu como técnica de trabalho, que virou uma metodologia, porque antes era uma técnica, virou um método. O que quer dizer isso? Você sente o outro. No lugar de poder ou de potência, dê a voz ao outro... [...] Senão você vai lá normatizar o outro? E não há mudança real [...] Quer normatizar? Normatizar o quê? (Martha Zanetti, 2014).

Lembrando-se de suas experiências de grupo, Suely Gomes Costa conta que, ao final das oficinas, os integrantes faziam um mapa com dados de todos os depoimentos sobre as experiências de sofrimento, discriminação, dominação, memórias dos ciclos de vida. Refletindo sobre o período, Suely lembra-se da abordagem marcadamente biológica contida na técnica da *Linhas da Vida*. “Hoje, eu tenho uma crítica enorme sobre aquela ‘brincadeira’, sobre a tal mulher coletiva construída com os depoimentos recolhidos[...]”³⁷.

Segundo Suely Gomes Costa, a metodologia enfocaria, exclusivamente, uma abordagem dos ciclos biológicos femininos, o que afastaria, também, os homens desses espaços, invisibilizando suas experiências. Para a sustentação de tal abordagem, acredita-se que os paradigmas feministas da época tenham sido fundamentais, já que tratariam os homens como algozes responsáveis pela condição de servidão feminina (PEDRO, 2004).

“Mas tudo isso foi muito importante como impulso das mulheres para tomada de consciência e para verificar que seus sofrimentos não eram tão isolados; não tenho, porém, informes sobre a extensão dessas ações [...] sei que se alastravam como uma febre...”³⁸, relembra Suely.

Apesar de todas as limitações que a metodologia oferece, é um importante instrumento para a iniciação de debates sobre problemas femininos, dentro de pequenos grupos e em diferentes lugares. As oficinas sempre rompem silêncios? Nem sempre, indica Suely. Mas o que importa lembrar é que as mulheres desses grupos, através das múltiplas interações, acabam por colocar em xeque as antigas representações de mulheres, como as idealizadas pelos programas de saúde materno-infantil, sempre centradas na clássica imagem de mulheres mães, reprodutoras (COSTA, 2007b).

Suely Gomes Costa participaria da organização de mais de duzentos grupos em um único ano, no Centro de Saúde Santa Rosa e em outras unidades de saúde. Em uma experiência única com a metodologia, Suely também entraria em contato com alunos da Escola Estadual Leopoldo Fróes, em Niterói (RJ), oportunidade em que desenvolve com os alunos debates sobre a sexualidade e sobre os assuntos tidos como ‘proibidos’.

³⁷ - Entrevista dada a Pedro, 2004, p. 10.

³⁸ - Entrevista dada a Pedro, 2004, p. 11.

4.1.1. Descompassos e frustrações feministas no Brasil pós-1988

A partir das décadas de 1970/1980, as mobilizações por participação nos espaços decisórios crescem, provocando pequenas revoluções em toda parte. Sob forte influência dos anos anteriores, movimentos (como o de negros, feminista, *hippie*, homossexual) surgem abrindo espaço para a construção das primeiras políticas identitárias. Nesse momento, esses grupos exigem do Estado o atendimento de suas demandas e: “Por meio de ações diretas, buscam promover mudanças nos valores dominantes e alterar situações de discriminação, principalmente dentro de instituições da própria sociedade civil” (GOHN, 2000, p. 125).

No Brasil, as incontáveis diferenças ideológicas no interior desses movimentos abrem um leque de motivações de luta, choques e divergências. Até mesmo os feminismos discordariam quanto aos rumos políticos: feminismos ligados às questões identitárias não seriam os mesmos feminismos ligados à esquerda mais radical. Lutas gerais vs. lutas específicas: desacordos que provocam cisões dentro dos movimentos no pós-1988.

Fato incontestável é que os movimentos sociais desses tempos contribuem substancialmente, via pressões populares organizadas, para a conquista de novos direitos sociais, posteriormente, inscritos na nova Constituição brasileira de 1988.

Ao longo da década de 1990, todavia, percebo um declínio das manifestações de rua, movimentações que conferem maior visibilidade política aos movimentos populares. Muitos estudiosos diagnosticaram tal fenômeno como parte de uma crise maior ocasionada pelo fim do regime militar. Partindo desse ponto de vista, alegariam que a ausência do regime também ocasionaria ausência de um ‘inimigo’ o qual combater (GOHN, 2007).

Uma coisa é você estar junto contra a Ditadura, todo mundo junto contra a Ditadura, e outra coisa é a fase dois, que é a diáspora. Cada grupo vai para o seu grupo, e, aí, a disputa pelo poder. Tudo é disputa pelo poder. [...] Com a redemocratização, cada um vai para o seu partido, e o movimento vai sofrer uma disputa interna pela hegemonia do movimento. Por quê? Tudo o que partidariza afasta um e agrega outro, entendeu? Então, aquilo que unificava, que era a luta contra a Ditadura e, ao mesmo tempo, a criação do processo de redemocratização e a partidarização, que era uma coisa importante, também, ter vários partidos, óbvio. A convivência democrática é uma coisa muito complicada, né? Não é uma coisa fácil. Não se constrói isso em um dia (Suely Gomes Costa, 2015).

Na realidade, vê-se que as causas da discutida ‘desmobilização’ são várias. Com relação ao movimento popular pela saúde, por exemplo, embora tenha se fragmentado, entra

em luta por outras questões, como a alta dos preços dos convênios e remédios, a má qualidade da assistência nos postos de saúde etc. (GOHN, 2007). Esse tempo ainda localizaum crescente esvaziamento das iniciativas de mulheres empenhadas na montagem do PAISM, no Centro de Saúde Santa Rosa.

Com relação aos movimentos feminista e de mulheres, muito embora, de início, o ideal de igualdade tenha sido a grande bandeira, aos poucos, isso se move, provocando diásporas no interior das organizações. As mudanças ocorridas dentro dos movimentos não estão distantes das ocorridas nos demais movimentos sociais nas décadas seguintes. Segundo Montecinos (2003), os rumos seguidos pelas novas democracias, ao invés de possibilitarem a ampliação de espaços de participação social, dão lugar a reformistas econômicos, insensíveis às questões de gênero. Com o surgimento dos partidos políticos, os movimentos sociais, particularmente os de mulheres, perdem apoio, membros e líderes. Alguns se institucionalizam, tornam-se ONGs, têm muitas de suas reivindicações anexadas a agendas de partidos políticos: “Se nas décadas anteriores, movimentos sociais eram definidos por uma enorme capacidade de pressão e reivindicação, a partir da década de 90 estes passaram a institucionalizar-se por meio das organizações não-governamentais” (BEM, 2006, p.1153).

A década de 1990 assiste a outras formas de organização popular, mais institucionalizadas, e afirmam a influência política das ONGs, que passam a ter mais importância do que os próprios movimentos sociais. Diferentemente dos movimentos populares das décadas anteriores, as ONGs estão inscritas no universo do Terceiro Setor, ou seja, voltadas para a execução de políticas em parceria entre o poder público e a sociedade, que atuam em áreas específicas (GOHN, 2007).

Para Montecinos (2003), criam-se expectativas quanto a uma democratização mais conveniente para as mulheres em toda a América Latina. Todavia: “Sob quais condições pode o processo de democratização ir além da legitimidade das demandas das mulheres e produzir mudanças efetivas no status político, econômico e social da mulher?” (MONTECINOS, 2003, p. 360). Percebo que essa questão permanece, em grande parte, ignorada pelos analistas políticos. Anos de frustrações femininas e feministas, que assistem a uma incipiente institucionalização de políticas governamentais focadas no gênero, em grande medida, segundo Montecinos (2003), por conta da notável ‘remasculinização’ da política no pós década de 1990.

Em um discurso realizado na Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher, na ALERJ, em 2009, a deputada Inês Pandeló³⁹ faz um levantamento histórico da atuação feminina e feminista no estado do Rio de Janeiro, desde os 1980 até os dias atuais, revelando um pouco de sua frustração:

Hoje, estamos vendo movimentos muito diferentes, setorizados, pouca mobilização. Recentemente, tivemos uma grande mobilização em defesa da Petrobras. É o que me lembro de grande mobilização. Tirando o MST, que consegue mobilizar em nível de país, a gente não consegue grandes mobilizações e organizações. Foi falado muito das associações de moradores aqui. Onde estão hoje? Muitas estão cooptadas pelos Poderes Executivos. E os grupos de mulheres que se reúnem frequentemente? E os sindicatos, que não conseguem mobilizar as categorias? Para um mandato que quer ter essa relação – e o nosso sempre quis isso –, deve-se ter um trabalho dobrado. Muitas vezes, acontece um problema e a mulher ou um parente denuncia. Quando você vai dar sequência à denúncia, ela já desiste porque está sozinha, não tem um movimento; não está sendo criada uma cultura de que é preciso denunciar, uma cultura de direitos. Então, ela tem medo de ela cair de novo na mão daquele médico, de o filho ou um parente caírem, e ele descontar. Há um terrorismo, não explícito, mas implícito, no subconsciente. Há esse receio. E ela está sozinha. Antes, tinha um movimento junto, que encorajava e dava força. Isso complica. Quando foi colocado o diferencial aí eu senti muito isso. A garra do movimento dando suporte, e os mandatos buscando essa força no movimento.

O término do mandato da deputada Lucia Arruda e seu afastamento da vida política, devido a uma tragédia familiar, impacta parte da militância feminina e feminista. A relação entre a militância de rua e a Assembleia Legislativa fragiliza-se.

Há a hipótese de que tal ‘enfraquecimento’ políticotenha causado desânimo ou, até mesmo, certa desorientaçãodas lutas por Direitos Reprodutivos no estado. Como afirmo, é uma hipótese. Nesse período, muitas militantes preferem seguir por outros caminhos, filiam-se a partidos políticos, fundam ONGs.

Vejo que alguns estudiosos se questionam sobre os limites e possibilidades das lutas por direitos frente à crescente institucionalização dos movimentos sociais. Muitos creem que os movimentos sociais tendem a perder sua organicidade ao passarem pelo processo de institucionalização.

Gohn (2011), ao estudara problemática dos movimentos sociais, pergunta-se sobre o papel desses coletivos na atualidade e o que ocorre de fato quando uma ação coletiva, expressa nos movimentos sociais, institucionaliza-se. Penso que a experiência vivida no Centro de Saúde Santa Rosa apoia concretamente essas reflexões.

³⁹- Presidente da Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher.

O lugar político é o lugar da disputa, mesmo quando você está no mesmo partido, é um lugar difícil. São pessoas que gostam de poder, então, se você não está nem aí para isso, fica uma coisa complicada de você fazer aparecer. [...] Não é que as pessoas fossem más por natureza. É do jogo político, mas aquilo me constrangia. Eu não gostava daquilo. Eu não me filiei a coisa nenhuma, nada. Partidarizava, eu saía fora. Porque quando você partidariza o movimento, é o que a gente sentia, você fragmenta o movimento, não fortalece, as pessoas começam essas disputas. Em vez de somar, divide. Uma coisa insuportável. Então, ficou muito ruim conviver (Suely Gomes Costa, 2015).

No tocante ao processo de institucionalização no Brasil, até meados da década de 1980, parcela significativa dos movimentos sociais mantém-se afastadas estruturas governamentais, alegando que tais estruturas eram controladas pelo estado militar e por políticas clientelistas. Vê-se que: “A não institucionalização era uma forma de ‘estar de costas para o estado’, mais como ato defensivo, ou de resistência, do que por crenças ou fundamentos ideológicos ou filosóficos do comunitarismo/basismo [...]” (GOHN, 2011, p. 229).

Já no pós-1988, a militância de esquerda adentra, em peso, as estruturas estatais com o objetivo de fortalecer a democracia e ver suas demandas se concretizarem. Momento em que muitas mulheres saem da militância de rua e começam a ocupar o espaço legislativo, alterando a relação que elas mesmas têm com as leis e normas sociais. Na vanguarda dessa estratégia, está a militância feminina e feminista que adentra a ALERJ, anos antes: ‘a turma da Lucia Arruda’.

Sobre essa conjuntura, o discurso da militante feminista Diana Valadares, na ALERJ (2009), agrega importantes reflexões sobre experiências associativas que me parecem ter fenecido:

A questão não é, assim, recuperar isso, porque não se trata de recuperar uma coisa que não existe mais, mas é um pouco assim: que outras articulações, que outras formas a gente pode ter, da relação com a ALERJ e com os mandatos, para avançar. Então, o movimento feminista, a história dele, tem tudo a ver com... Era uma interação mútua maravilhosa.

Percebo que a sintonia estabelecida entre os movimentos sociais de mulheres e deputadas engendra uma relação de apoio mútuo, que compreende, inclusive, os muitos avanços verificados na área da saúde da mulher.

A deputada Carla Brasil⁴⁰ relembra as condições de trabalho no período, avaliando a importância das ações desencadeadas no contexto do PAISM, como política pública. Segundo

⁴⁰ - Ex-funcionária da Secretaria Municipal de Saúde e atual servidora na Secretaria de Estado de Saúde.

ela, através da sistematização de dados, trabalhava-se na perspectiva da melhoria da qualidade da assistência à saúde das mulheres: “Entra aí a questão da humanização do parto, que traz toda uma outra discussão, do parir, do nascer, do viver [...]” (ALERJ, 2009).

Martha Zanetti (2014) lembra-se bem de como queria modificar a ‘cultura da dor’, do sofrimento físico, como algo inerente à gestante: ‘As histórias de parto na minha família eram daquelas antigas: muita dor, muito medo, muita história de terror, grito, sangue... Credo! Não queria isso para mim. Me preparei muito e tal’. Foi a partir dessas primeiras percepções sobre si e sobre suas vivências que a terapeuta desenvolve novos métodos de trabalho com gestantes. Através dessas novas metodologias, Martha estabelece alianças de trabalho com deputadas feministas. Em especial, a deputada Fernanda Carneiro lembra-se: “A partir do momento que conhecemos Martha Zanetti [...], assumimos uma metodologia de trabalho com mulheres [...]. Éramos sempre influenciadas pelo movimento feminista da busca do prazer [...], e a maternidade seria parte e uma fase dessa sexualidade”. Nesse mesmo discurso, realizado na ALERJ, em 2009, a deputada avalia os avanços e retrocessos verificados nos mandatos feministas:

Quando resolvemos fazer a Comissão de Direitos Reprodutivos – acho bom lembrar esse antecedente também, porque se vivia uma articulação e um contexto político, naquele momento, em que as feministas já estavam articuladas. Tínhamos lutas comuns. Hoje, estamos mais fragmentadas, mas naquela época estávamos com uma articulação em comum. Nós nos organizamos, na época da campanha, para fazer o alerta feminista para as eleições. Já entramos nesse mandato com uma plataforma gerada pelo movimento feminista, e, nos postos de trabalho públicos, quer dizer, além desses [...], já havia muitos grupos de reflexão de mulheres, havia trabalho com agentes comunitários e havia pessoas que isoladamente ficavam ali fazendo uma ação de saúde da mulher, um atendimento para mulher. O nosso mandato serviu para articular essas pessoas que estavam dispersas, fazendo trabalhos maravilhosos. Também nos postos de poder foi uma conjunção muito favorável.

Verifica-se, com isso, uma estratégia de permanência dentro da ALERJ através de sucessivos mandatos femininos e feministas que permitem a continuidade dos projetos e a manutenção da representatividade dos movimentos sociais de mulheres. Por conta das iniciativas verificadas no campo da Saúde Reprodutiva, advindas dessas estratégias, a deputada Tizuko Shiraiwa⁴¹ avalia: “A gente foi centro de referência para o PAISM, para a Região Sudeste. [...] Mas eu acho que com as oscilações dentro do Estado a gente tem

⁴¹ - Trabalhou na Secretaria Estadual de Saúde em 1995 e participou do Comitê de Mortalidade Materna, ao longo desse tempo.

períodos em que a consegue avançar e momentos de retrocesso dentro da questão da saúde da mulher” (ALERJ, 2009).

[...] hoje, o movimento feminista é outro. Eu não estou acompanhando, mas não ouço falar muito. O fato de não ouvir falar muito significa que as feministas estão trabalhando em outra parte... [...] A questão, acho, do movimento feminista, do momento do movimento feminista e dos movimentos sociais, fez muita diferença. Quando a gente estava nos nossos lugares, ou na Secretaria Municipal de Saúde, a gente tinha também outras coisas: a gente tinha a rede feminista, que a gente se reunia mensalmente e religiosamente. A gente tinha outro circuito, então, os mandatos eram uma referência, eram um respaldo. Se não estava dando certo aqui, na reunião lá da ALERJ, a gente vai colocar isso. Então, tinha essa interação, e eu acho que o pessoal da ALERJ também tinha esse... Vamos falar com as meninas feministas, para ver como a gente faz... (Diana Valadares, ALERJ, 2009).

Entre as mulheres envolvidas nessas articulações políticas estão aquelas interessadas em modificar a realidade de suas comunidades, notadamente engajadas na melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Segundo Fernanda Carneiro (2009): “[...] a gente não tinha, por exemplo, são poucas ainda hoje, maternidades públicas na região. E aí recorria-se às casas de saúde conveniadas com o INAMPS, que chamávamos, inclusive, ‘casas de morte’. Era esse o termo que a gente utilizava”. Durante o mandato de Lucia Arruda, verifica-se uma enorme quantidade de denúncias relativas à morte de mulheres em consequência de péssimos atendimentos em hospitais da Baixada Fluminense. ‘Os índices de mortalidade materna eram quase epidêmicos de tão grandes. As mulheres morriam por aborto, por cesárea, morriam por isso, por aquilo [...]’, lembra Suely Gomes Costa (2015). E, por conta de denúncias relativas aos descasos, muitas mulheres unidas a movimentos comunitários tomam as ruas reivindicando melhorias nos serviços de saúde:

Em 84, eu estava no INAMPS [...]. E agente estava maluca com o ‘PAISM na Rua’, aquele livrinho marrom que as antigas todas têm uma cópia, que dizia parto, parto, direito a isso e tal e aborto. [...] Visitamos 62 maternidades; em cada um [a] que a gente ia saía de lá chorando, aquela mulherada na pior, morrendo. [...] A saúde da mulher inexistia. Fiquei pensando [...]: será que resolveu? Melhorou alguma coisa? O quê? O estado do Rio de Janeiro, hoje, infelizmente [...], é o estado no Brasil que tem o maior número de mortalidade materna (Maria do Espírito Santo ‘Santinha’, ALERJ, 2009).

[...] era o momento de redemocratização da sociedade brasileira, era o momento da Lúcia Arruda, que eu estou colocando desde... E tinha essa luta pelo direito à saúde, ela era muito forte, não só forte nos movimentos comunitários, mas no movimento sanitário, então, na verdade, era o processo da reforma sanitária brasileira. E tinha o protagonista, que era o Arouca, na Presidência da Fiocruz, o Ézio Cordeiro, na Presidência do INAMPS, quer dizer, tudo isso [...]. [...] era todo um processo de ampliação de acesso e de trabalho pelo direito universal à saúde. Isso eu acho que era uma base material superimportante naquele processo todo, porque, realmente,

era uma ausência, em muitos lugares, completa desse direito à saúde. Seja no Parlamento, seja no Executivo, seja no movimento social, esse processo de movimentação da sociedade brasileira era muito contundente nessa questão do direito à saúde. Então, acho que era, nesse momento, também esses mandatos eram intérpretes, digamos assim, dessa luta política e social brasileira (Lúcia Souto⁴², ALERJ, 2009).

Sonia Correa (1993), estudiosa e militante da área reprodutiva, ao refletir sobre os impasses que minam a concretização do 'PAISM idealizado', chega à conclusão de que parte do fracasso situa-se na incompetência do Estado em traduzir o discurso inclusivo dos movimentos sociais, atuantes nos anos 1980, em instrumentos mais efetivos de redução da desigualdade.

Segundo Costa (2004), o PAISM surge dentro de um contexto de estruturação do sistema de saúde inovando em diversos aspectos. Em relação à política anterior, o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), o PAISM inova nos sentidos da cobertura, das ações, da educação em saúde, abrangência da atenção, da participação social, entre outros aspectos. Enquanto o PSMI propicia apenas a cobertura da população feminina em idade reprodutiva, com ações de pré-natal, parto e puerpério, o PAISM defende cobertura universal, com ações voltadas a todas as necessidades e demandas identificadas, ofertando obrigatoriamente práticas educativas sobre corpo, sexualidade, direito e cidadania. A abrangência da atenção deixa de se localizar apenas na rede básica e passa a atingir todos os níveis de atenção, com estímulo à participação das mulheres na construção desses novos limites. Há de se salientar que o PSMI era executado pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Não havia, até então, nenhum processo de descentralização para os municípios. O que reforçaria ainda mais o paralelismo das ações e as deficiências de cobertura dos serviços, marcas dos anos anteriores ao SUS (COSTA, 2004).

O PAISM, na esteira das mudanças ideológicas ocorridas no campo mais amplo da saúde pública, surge tentando suplantara organização do antigo modelo de atenção à saúde estruturado na união de uma série de órgãos instituídos em comissões, inspetorias e conselhos, lógica que contribuiria para a superposição de funções deliberativas, administrativas e executivas entre os entes federativos (SILVA, 1996). Tal emaranhado institucional, sedimentado ao longo das décadas, contribuiria para o desenvolvimento de ações paralelas e, a meu ver, incapazes de atender à mulher em sua integralidade.

⁴² - Médica e ex-deputada na ALERJ.

Verifica-se que as críticas postas ao modelo anterior de assistência à saúde da mulher permitem a construção de um novo programa com vistas à superação dos antigos entraves. Infelizmente, muitos são os determinantes conjunturais que dificultam a concretização do PAISM na forma com que foi idealizado, nos anos 1980. A burocracia e a precarização do atendimento levam o sistema de saúde pública brasileiro, como um todo, ao descrédito por parte da população:

[...] Infelizmente, é assim. Aqui no serviço público, as pessoas acham que o médico é ruim, que o enfermeiro é uma porcaria, que a assistente social está ali porque não conseguiu outra coisa, e não é assim. Quem trabalha em serviço público, a maioria é concursado. Nós então, que somos de antigamente, nós fizemos pelo menos uma prova para estar aqui dentro. [...] a rede pública é muito melhor (Márcia Moreira, 2012).

Em meu campo de estágio, o resultado dessa relação, produzida pela precarização do espaço de trabalho, traduz-se em desmotivação, ao ponto de eu presenciar a assistente social do PPF dizer: ‘O que eu faço, qualquer um com 2º grau pode fazer’.

Infelizmente, essas são as marcas atuais da saúde pública no Brasil, e eu as vivenciei em meu campo de estágio. Angústias que me fazem repensar a atuação profissional, em especial, no âmbito do PPF.

Lembro-me de um período em que estive apreensiva na unidade, durante o primeiro semestre de 2010, quando houve a campanha de vacinação por conta da epidemia causada pelo vírus H1N1, popularmente conhecido como ‘gripe suína’. Nesse período, o espaço do PPF foi ocupado por materiais de vacinação, e as reuniões ficaram suspensas por quase seis meses; os atendimentos aos usuários foram evitados pelos profissionais, que alegavam, com razão, falta de privacidade. Quando urgentes, os atendimentos eram feitos nos corredores da unidade, esbarrando em pacientes de diversas especialidades que transitavam ali. Logo, tentei inserir-me naquela confusa dinâmica de apoio à população, mas em um ambiente fortemente institucionalizado, desacostumado a receber estagiários. Acabei vencida pela indiferença dos demais profissionais. Vi-me desanimada!

Sobre esse período, avalio que, embora em situações atípicas, de calamidade pública, seja aceitável a interrupção dos serviços comumente ofertados pelo sistema de saúde para a adoção de estratégias emergenciais, como no caso acima citado, faz-se necessária a reordenação desses mesmos serviços, a fim de acolherem as demandas cotidianas que surgem nesses dias. Infelizmente, percebo que essas são atitudes que permitem que o sistema público de saúde caia no descrédito.

Vejo que muitos têm sido os estudos que comprovam a ‘derrocada’ do PASIM em várias partes do Brasil. A respeito disso, Correa (1993, p.5) atribui uma parcela do ‘fracasso’ aos “[...] limites da transição conservadora que o país experimentou entre a Nova República e o Brasil Novo, um período tumultuado em que democratização, institucionalidade, boas intenções, corrupção, privatismo e incompetência combinaram-se perversamente”. Tudo isso aliado, notadamente, a uma falta de vontade política dos poderes executivos de priorizar as demandas e necessidades das mulheres.

Outro ponto central na discussão sobre o declínio do PAISM situa-se nas dificuldades verificadas quanto à alocação de recursos financeiros para o programa. Segundo Correa (1993), trabalhos produzidos por feministas sobre o PAISM demonstram que o tema orçamento seria muito pouco debatido e quase nunca priorizado. Aliado a isso, nota-se que um ethos político ‘conjunturalista’ também impediria tanto as análises mais estruturais quanto o estabelecimento de objetivos mais claros e em longo prazo para o programa. Tal ‘conjunturalismo’, examinado por Correa (1993, p.5), promove, segundo ela, “[...] uma constante oscilação entre entusiasmo e desânimo a cada inflexão do aparato institucional”.

A respeito do PAISM instituído no Centro de Saúde Santa Rosa, constato, ainda, que os impactos da municipalização da saúde contribuem para mudanças em novos modos de gestão que alteram as relações de poder no interior da unidade, momento em que as equipes da fase inicial da experiência do programa vivenciam novas correlações de força. Creio que os tempos de declínio dessa experiência podem estar vinculados às muitas cisões partidárias vindas através do processo de democratização, também advindas de uma nova ordem burocrática que se instala.

Nas décadas de 1980 e 1990, vários países no mundo realizaram descentralização de seus sistemas de serviços de saúde (ALMEIDA, 1999). No Brasil, a saúde também torna-se alvo de um profundo processo de descentralização, que ocorre em direção aos municípios. A exemplo disso, Niterói (RJ), um dos pioneiros na adoção de estratégias de organização do sistema local de saúde, reconfigura e amplia a rede de serviços sob gestão municipal (COHEN; SENNA, 2002). Embora ocorrida em ritmo acelerado e em um curto espaço de tempo, a municipalização não se concretizaria por completo, tendo em vista as deficiências da própria estruturação da máquina burocrática. Nesses tempos, Niterói (RJ) passa a deparar-se com dificuldades das mais diversas ordens, entre elas, a necessidade da constituição de um novo desenho institucional para o setor saúde (COHEN; SENNA, 2002). Desde esses anos, o novo modelo de gestão prevaleceria sem que, no entanto, o antigo fosse suplantado por completo.

Indícios dessas deficiências institucionais podem ser verificados na fala de Márcia Moreira (2012), que indica que a municipalização pode ter afetado, de alguma forma, os rumos do PAISM no Centro de Saúde. Desde esses tempos, afirma: ‘Não tivemos mais corpo de reciclagem. Infelizmente, com a municipalização, o SUS ficou muito solto, essa coisa assim... Também não é mais moda [PAISM]. Outros programas foram entrando na moda.’

O PAISM tem se resumido, na atualidade, ao planejamento familiar. Em sua mais reducionista função: ao controle da natalidade. Márcia Moreira (2015), em conversa, informa que homens e mulheres têm procurado, todos os dias, o programa interessados, quase que unicamente, em esclarecimentos sobre os procedimentos de laqueadura e vasectomia. Atitude que preocupa profissionais da saúde reprodutiva que veem nos demais métodos contraceptivos saídas para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Ainda, é possível constatar que parcela significativa da população não recorre mais ao planejamento familiar para adquirir preservativos: ‘[...] nosso consumo de preservativo masculino caiu assustadoramente. Antigamente, ali [armário da unidade] não parava cheio, agora, as pessoas não estão usando’. Vejo que o efeito mais perverso dessa nova ‘estatística’ é o alastramento indiscriminado de doenças: “Outro dia mesmo falaram pra mim: ‘a AIDS acabou, né?’. Eu falei: ‘Não, pararam de falar, mas a AIDS está cada vez mais forte, mais violento [a]’”.

Diante de todos os dilemas verificados, concordo que a experiência vivida em Santa Rosa sugere que políticas sociais podem sofrer declínios de acordo com as conjunturas que atravessam.

Nos anos 1990, as práticas educativas, entre elas, as *Linhas da Vida*, são implantadas nas salas do HUAP, coordenadas pela então militante feminista Leila Guidorene. Mas essa é outra história. Outra narrativa!

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em meados dos anos 1980, a metodologia Linhas da Vida favoreceria a troca de experiências pessoais e, notadamente, políticas, sob a ótica do resgate histórico e biográfico de indivíduos e coletividades. Através dessa pedagogia, até então revolucionária, a publicização das vivências e das memórias é ressignificada, ganhando tom político e emancipatório.

Nesse período, as mulheres saem às ruas, interferem na cultura, lutam por melhores condições de vida, adentram as Assembleias Legislativas, associam-se, discutem e constroem políticas de acordo com seus anseios de liberdade reprodutiva.

Vejo que as culturas políticas e associativas femininas e feministas dos anos 1980 estão embebidas de vastas e férteis estratégias pedagógicas de autoconhecimento e reflexão sobre as condições biológica e social das mulheres. Essas pedagogias apoiam, sim, a instituição do PAISM em muitos locais no estado do Rio de Janeiro e, em especial, a implantação do programa no Centro de Saúde Santa Rosa, embora, com certas limitações.

Ainda que assentada em um ideal feminino já superado, aquele que defende a igualdade entre mulheres em função de aspectos biológicos, a metodologia facilitaria o encontro de muitos sujeitos interessados em mudar as práticas profissionais no âmbito da saúde. Todavia, as Linhas da Vida fariam sentido hoje?

Sem dúvidas, essas experiências educativas que se alastram pelas unidades de saúde do estado do Rio de Janeiro, nos anos 1980, são muito importantes no campo da saúde da mulher. Elas favorecerem alianças políticas. Ainda assim, é possível perceber que as Linhas da Vida não acompanham o movimento social, as mudanças de mentalidade, em especial, das mulheres.

Nos anos 1980, discutir sexualidade era diferente de como é nos dias de hoje. O tempo era outro. Percebo que as estratégias de intervenção política defendidas pelos coletivos mais antigos, a partir de um certo momento, já não produziam tantos ecos entre as militantes mais novas, das gerações que seguiram. Os novos movimentos sociais de mulheres, compostos por militantes mais jovens, passaram a desenvolver novos discursos, novas formas de intervenção política, próprias de atores sociais que não vivenciaram os dilemas das décadas anteriores. Logo, a própria Linhas da Vida não fazia mais tanto sentido.

O cenário político, certamente, era outro. Apartir dos anos 1990, as novas gerações que surgem, a dos novos protagonistas, já não veem tanto sentido nas antigas práticas associativas

do ‘sentar-se ao redor do papel e traçar a linha da vida’. Até porque elas próprias ajudam a derrubar o ideal da irmandade tão propagado nos anos anteriores. Entra, aí, mais forte do que nunca, a questão do gênero, que vem substituindo a ‘discriminação de sexo’ pela ‘discriminação de gênero’.⁴³ Vê-se o crescimento das demandas dos novos grupos, invisibilizados nesse processo. Os anos 1980, definitivamente, encerram um ciclo.

Há uma mudança nas utopias, velhos paradigmas ganham novos debates e novas soluções. Percebo que os conceitos se alteram ao longo do tempo, todavia, parte significativa dos movimentos sociais de mulheres dessa época, em especial, dos feminismos, afasta-se da academia, deixa de rever-se.

Os feminismos transformam-se, passam a ser definidos como feminismos contemporâneos parte integrante de uma Agenda de Gênero que engloba militantes de diversos grupos com interesses em comum: os libertadores sexuais, ativistas dos direitos dos gays, multiculturalistas, pós-modernistas desconstrutivistas, neomarxistas progressistas, entre outros grupos, interessados em ‘incorporar a perspectiva de gênero’ em todo programa e política do setor público e privado⁴⁴.

A forma de intervenção política também se altera. Os novos movimentos sociais, em especial, os feministas, não priorizam mais as antigas metodologias educativas baseadas na cronologia da vida. Para além disso, defendem suas causas com estratégias de confronto mais radicais, utilizando-se de performances corporais ‘agressivas’. Logo, reflito sobre a viabilidade das Linhas da Vida nos dias de hoje.

Durante a construção e instituição do PAISM, havia um ideal muito forte, muito presente, de que a perspectiva materno-infantil de assistência à mulher fosse superada e que, em seu lugar, houvesse uma abertura às demandas de outras mulheres, por exemplo, aquelas que não querem reproduzir. Todavia, na atualidade, o PAISM tem mantido a perspectiva materno-infantil, e por muitas razões.

Vejo que o caminho traçado pelo PAISM fala de ideais, de utopias, de desejos de mudanças, de ascensão, de crise, de fracassos. Fala de sua própria Linha da Vida.

⁴³ - Redefinindo a Igualdade. Trabalho condensado da obra de Dale O’Leary (s/d).

⁴⁴ - Redefinindo a Igualdade. Trabalho condensado da obra de Dale O’Leary (s/d).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADRIÃO, K.G.; QUADROS, M.T. Feminismo e homens: Reflexões sobre participação, pesquisa e militância. **Fazendo Gênero 9**: Diásporas, Diversidades e Deslocamentos, ago./2010, p.1- 11.

ALVES, A. L. S.; CHAVES, R.N. As relações de poder dentro da unidade hospitalar: Uma perspectiva de médicos e enfermeiros. **Rev. Diálogos e Ciência**, v. 10, n.30, jun/2002, p. 159-164.

ALMEIDA, C.M. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 2, n.4, 1999, p. 263- 286.

ANDRADE, D. Mulheres são sempre vítimas? Géledes: Instituto da Mulher Negra. Disponível em: <http://www.geledes.org.br/mulheres-sao-sempré-vitimas/>. Acesso em: 14 jun. 2014, às 10:43hs.

AQUINO, E.M.L.; BARBOSA, R.M.; BERQUÓ, E.; HEILBORN, M.L. Gênero, sexualidade e Saúde Reprodutiva: a constituição de um novo campo da Saúde Coletiva. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, jan./2003.

_____; MARINHO, L. F. B. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde. **Revista Promoção da Saúde**, Brasília, ano 3, n. 6, out./2002, p. 31- 36.

ARRETCHE, M. O processo de descentralização das políticas sociais no Brasil e seus determinantes. Tese do Programa de Pós- Graduação em Ciência Política. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas- UNICAMP. Campinas- SP, 1998.

ARRUDA, A.N.P. Mulheres e violência: memórias e lutas na cidade de Niterói. Dissertação de Mestrado em Política Social pela Universidade Federal Fluminense (UFF), Rio de Janeiro, 2005.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO RIO DE JANEIRO (ALERJ). Ata da 9º Audiência Pública: Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher. Uma oficina: construção da linha do tempo da luta pelo combate à mortalidade materna, 2009.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO RIO DE JANEIRO (ALERJ). Seminário Direitos da Reprodução, 1984 (mimeo).

ÁVILA, M.B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2003, p. 465- 469.

BARBOSA, J.O.F. Narrativas Oraís: Performance e Memória. Dissertação de Mestrado do Instituto de Ciências Humanas e Letras, Universidade Federal do Amazonas, 2011.

BANDEIRA, L; MELO, H.P. O conflito entre reprodução e o desejo. Artigo escrito a partir da apresentação feita pelas autoras na Mesa Redonda Gênero, identidades e Sexualidades na

62º Reunião Anual da Sociedade Brasileira pelo Progresso da Ciência (SBPC). Natal (RN), jul./2010.

BEHRING, E.R; BOSCHETTI, I. **Política Social: Fundamentos e História**. Biblioteca Básica de Serviço Social. São Paulo: Cortez, v. 2, 3ºed., 2007.

BEM, A.S. A centralidade dos movimentos sociais na articulação entre o Estado e a sociedade brasileira nos séculos XIX e XX. **Revista Educação e Sociedade**. Campinas, v.27, n. 97, set./dez.2006, p.1137-1157. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v27n97/a04v2797.pdf> Acesso em: 5 de abr. 2014, às 9:30hs.

BERQUÓ, E. Brasil, um caso exemplar: anticoncepção e partos cirúrgicos – à espera de uma ação exemplar. **Revista Estudos Feministas**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, 1º sem./1993, p.366-381.

BOURDIEU, P. **O Poder Simbólico. Memória e Sociedade**. Editora Bertrand Brasil, Rio de Janeiro, 1989.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: 1988. Brasília: Câmara dos Deputados, Coord. de Publicações, 2002.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/plajlei9263.htm> Acesso em: 4 Jun. 2004, às: 11:00hs.

CHINELLI, F.; LACERDA, A.; VIEIRA, M. A reconfiguração gerencial do Estado brasileiro e os trabalhadores da saúde nos anos 1990. Para além da comunidade: Trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Fundação Oswaldo Cruz- FIOCRUZ, RJ, 2011.

COELHO, T.C.B; SANTANA, T.C.F.F. Planejamento Familiar e integralidade em um sistema municipal de saúde. **Revista Baiana de saúde pública**, v. 29, n. 2, jul./dez.2005, p.214- 225,.

COHEN, M.M; SENNA, M.C.M. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. **Revista Ciência e saúde coletiva**. São Paulo, v. 7, n. 3, 2002, p. 523- 535.

COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE E SAÚDE. Saúde das Mulheres: Experiência e Prática do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. São Paulo- SP, 2000. Disponível em: http://www.mulheres.org.br/documentos/saude_das_mulheres.pdf. Acesso em: 2 de ago./2014, às 10: 00hs.

CORRÊA, S. PAISM: uma história sem fim. **Revista Brasileira de Estudos de População**. Campinas, v. 10, 1993.

_____. **Parte I- História, política e conceitos. “Saúde reprodutiva”, gênero e sexualidade: legitimação e novas interrogações**. Ed. FIOCRUZ, RJ 1999. SCIELO Books.

Disponível em: <http://books.scielo.org/id/t4s9t/pdf/giffin-9788575412916-03.pdf>. Acesso em: 5 de abr. 2014, às 9:40hs.

COSTA, A.A.A. *O Movimento Feminista no Brasil: Dinâmicas de Uma Intervenção Política*. **Revista Gênero**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 1ºsem./2005, p.9- 35. Disponível em: <http://www.ieg.ufsc.br/admin/downloads/artigos/01112009-115122costa.pdf>. Acesso em: 5 de abr. 2014, às 9:42hs.

COSTA, A.M. *Participação Social Na Conquista Das Políticas De Saúde Para Mulheres No Brasil*. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio De Janeiro, v.14, n. 4, , Jul./Ago. 2009.

_____. *Atenção Integral à Saúde das Mulheres: QUO VADIS? Uma Avaliação da Integralidade na Atenção à Saúde das Mulheres no Brasil*. Tese do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília, 2004.

COSTA, M.G. *Construção da rede de solidariedade aos portadores de HIV/Aids em Niterói (RJ)*. Trabalho de Conclusão de Curso da Escola de Serviço Social, Universidade Federal Fluminense (UFF), 2004.

COSTA, S.G. *A voz das mulheres: Linha da Vida e associativismos feministas*. Rio de Janeiro, anos de 1970-80. In **Cultura política e leitura do passado**. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 2007, p. 437- 455.

_____. *Culturas políticas e sensibilidades: pedagogias feministas*, Rio de Janeiro, anos 1970-80. In: **Mitos, projetos e práticas políticas: Memória e historiografia**. Rio de Janeiro: Ed. Afiliada, 2009, p.351- 372.

_____. *Memória dividida das lutas por direitos reprodutivos: Niterói/Rio de Janeiro, anos 1970/1980*. **Fazendo Gênero 9: Diásporas, Diversidades, Deslocamentos**. ago. 2010, p. 1- 7.

_____. *Movimentos feministas e feminismos*. **Estudos Feminista**. Florianópolis, set./dez. 2004, p. 22- 36. Disponível em: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/Elaine/Meus%20documentos/Downloads/10221-30536-1-PB.pdf>. Acesso em: 27 de abr. 2015, às 11:40hs.

_____. *Onda, rizoma e “sororidade” como metáforas: representações de mulheres e dos feminismos (Paris, Rio de Janeiro: anos 70/ 80 do século XX)*. **Rev. Interdisc. INTERthesis**. Florianópolis, v. 6, n. 2, jul./dez. 2009b, p. 01- 29.

_____. *Os feminismos latino-americanos e suas múltiplas temporalidades no século XX- Linhas da Vida e associativismos feministas: “a voz das mulheres”*. Seminário direitos da reprodução: Rio de Janeiro, 22 de setembro de 1984. Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/7/artigos/S/Suely_Gomes_Costa_40.pdf. Acesso em: 27 de abr. 2015, às 11: 42hs.

_____. *Proteção social, maternidade transferida e lutas pela saúde reprodutiva*. **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis, v. 10, n.2, jul./dez. 2002, p. 301- 322.

_____. *Silêncios, diálogos e os Monólogos da Vagina: instantes dos feminismos (Brasil, 1970- 1990)*. **Revista Esboços**, v. 14 n. 17, 2007b , p. 35- 56.

_____. Sociabilidades políticas e relações de gênero: ritos domésticos e religiosos no Rio de Janeiro do século XIX. **Revista Brasileira de História**. São Paulo, v. 27, n. 54, dez./2007c, p. 39- 57.

COUTO, M.T.; FIGUEIREDO, W.S.; KNAUTH, D.R. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implementação Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n10, p. 2617- 2626, 2012.

O'LEARY. D. Redefinindo a Igualdade. Condensado da obra de Dale O'Leary: *The Gender Agenda*. Vital Issues Press, Lafayette, Louisiana, 1997, p. 1- 28. Disponível em: <http://www.votopelavida.com/agendagenero.pdf>. Acesso em: 31 de jul. 2015, às 10:47hs.

DESLANDES, S.F.; GOMES, R. Interdisciplinariedade na Saúde Pública: Um campo em construção. **Rev. Latino- Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.2, n. 2, jul/1994, p. 103- 114.

DI FIORI, G.; SANTOS, J.R.Q. O que muda e o que permanece no movimento feminista. Anais do II Seminário Nacional: Movimentos sociais, participação e democracia. UFSC, Florianópolis. NPMS: Núcleo de Pesquisas em Movimentos Sociais, Abril 2007.

D, INCAO, M. A. Mulher e família burguesa. In: **História das mulheres no Brasil**. Ed. Contexto e UNESP Fundação, 1997, p. 223- 240.

ESCUDEIRO; SANTO; SILVINO. A trajetória profissional de Flora Costa Marques: ex-aluna da escola de enfermagem Aurora de Afonso Costa (1950- 1983). **Rev. Esc. Anna Nery R. Enfermagem**, v. 9, n. 3, dez./ 2005, p. 341- 347.

FARAH, M.F.S. Gênero e políticas públicas. **Rev. Estudos Feministas**. Florianópolis, v. 12, jan./abr. 2004, p. 47- 71.

FERREIRA, L.C.M.; GARCIA, F.C.; VIEIRA, A. Relações de poder e decisão: Conflitos entre médicos e administradores hospitalares. **Rev. Adm. Mackenzie**. São Paulo- SP: Ed. Especial, v. 11, n. 6, nov./dez. 2010, p.31- 54.

FERREIRA, S.L; MARQUES, P.F. Saúde sexual e saúde reprodutiva- práticas de ONG feministas. **Fazendo Gênero 8-** Corpo, violência e poder. Florianópolis, ago./2008, p. 1-6.

FLEURY, S. O dilema reformista na Reforma Sanitária brasileira. **Rev. Adm. Pública**. Rio de Janeiro, out./dez. 1987, p.94- 115.

_____. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3. Rio de Janeiro, maio/jun. 2009, p. 743- 752. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300010 . Acesso em 16 de jun. de 2015, às 13:40hs.

FONSECA, R.M.G.S; GALASTRO, E.P. A identidade masculina e feminina na visão dos profissionais de saúde de um serviço de saúde reprodutiva. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, v.10, fev./2006.

_____. A participação do homem na saúde reprodutiva: o que pensam os profissionais de saúde. **Rev. da Escola de Enfermagem**. São Paulo- SP, USP, v. 41, set./ 2007.

FREIRE, M.M.L. Mulheres mães e médicos: Discurso maternalista em revistas feministas (Rio de Janeiro e São Paulo, década de 1920). Rio de Janeiro: FIOCRUZ. Tese - Programa de Pós- Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz, 2006.

GIFFIN, K. Esfera de reprodução em uma visão masculina: Considerações sobre a articulação da produção e da reprodução, de classe e de gênero. **PHYSIS- Revista de Saúde Coletiva**, v.4, n.1, 1994, p. 23-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v4n1/02.pdf>. Acesso em 6 de jul. de 2015, às 22:35hs.

_____. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n.18, 2002, p.103-112.

GOHN, M. G. Movimentos sociais na atualidade: Manifestações e categorias analíticas. In: **Movimentos sociais no início do século XXI: Antigos e velhos atores sociais**. Petrópolis: Vozes. 3ªed., p. 13- 31, 2007.

_____. O paradigma dos novos movimentos sociais. Teorias dos movimentos sociais. Paradigmas clássicos e contemporâneos. São Paulo: Ed. Loyola, 2ªed., 2000, p. 121- 170.

_____. Participação de representantes da sociedade civil na esfera pública na América Latina. **Rev. Política e Sociedade**, v. 10, n. 18, abr./2011, p. 223- 244.

HIRATA, H; KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de Pesquisa**. São Paulo, v.37,n.132, set./dez.2007, p. 595- 609.

HOROCHOVSKI, R.R.; MEIRELLES, G. Problematizando o conceito de empoderamento. Anais do II Seminário Nacional: Movimentos sociais, participação e democracia. Florianópolis, UFSC, NPMS: Núcleo de Pesquisa em Movimentos Sociais, Abr./2007, p. 485-506. Disponível em: <http://www.cnpsa.embrapa.br/filo/adm/anx/anx155EMPODERAMENTO%20-%20conceito.pdf>. Acesso em: 27 de abr. 2015, às 12:08hs.

JÚNIOR, A.G.S; PIRES, A.C; MARINS, J.J.M; TOMASSINI, H.C.B. As experiências de articulação universidade-serviço-sociedade em Niterói, RJ. **Cadernos ABEM**, v. 2, Jun 2006, p. 49- 53.

LISBOA, T.K. O empoderamento como estratégia de inclusão das mulheres nas políticas sociais. **Fazendo Gênero 8- Corpo, violência e poder**. Florianópolis, ago.2008, p. 1- 6. Disponível em: http://pactoglobalcreapr.files.wordpress.com/2012/02/6-empoderamento-teresa_kleba_lisboa_11.pdf. Acesso em: 5 de abr. 2014, às 10:10hs.

LOBATO, L.V.C. Avaliação de Políticas Sociais: Notas sobre alguns limites e possíveis desafios. **Rev. Trabalho, Educação e Saúde**, v. 1, n. 2, 2004, p. 239- 265. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v2n1/06.pdf>. Acesso em: 27 de abr. 2015, às 12:10hs.

_____. Dilemas da institucionalização de política sociais em vinte anos da Constituição de 1988. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, n. 3, 2009, p. 721- 730.

LOLE, A. E. Masculinidades e Saúde Reprodutiva: A experiência da vasectomia. Dissertação de Mestrado pelo Programa de Estudos Pós- Graduados em Política Social, Universidade Federal Fluminense (UFF), RJ, 2006.

MARQUES, T.C.N. Elas também desejam participar da vida pública: várias formas de participação política feminina entre 1850- 1932. **Revista Gênero**. Niterói (RJ), v. 4, n. 2, 1sem./2004, p. 149- 169.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (org.). **Os sentidos da integralidade**. RJ: IMS; UERJ; ABRASCO, 2001, p. 39- 64.

Mc' LAREN, A. **História da Contracepção: da antiguidade à actualidade**. Lisboa/Portugal, Terramar, 1990.

MEDICI, A. Propostas para melhorar a cobertura, a eficiência e a qualidade no setor saúde. In: **Brasil- A Nova Agenda Social. Bacha e Schwartzman (orgs.)**. Ed. LTC, Rio de Janeiro (RJ), 2011.

MELO, H.P.; MOREIRA, L. Feminismo na Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro: as deputadas feministas e a promoção de política para as mulheres. Anais do I Simpósio sobre Estudos de Gênero e Políticas Públicas, Universidade Estadual de Londrina. jun/2010.

MESQUITA, M. Histórico do Movimento Lésbico no Brasil. **Rev. Lábia do GALF- Grupo de Activistas Lesbianas Feministas**. 3ªEd., n. 18, dez./2004.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social: teoria método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes,1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. A construção do SUS: História da Reforma Sanitária e do processo participativo. 1ª ed. 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf Acesso: 01 de agosto de 2014, às 12:30hs.

_____. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília- DF, 2010. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf Acesso: 22 de Julho de 2014, às 14:00hs.

_____. Secretaria De Atenção À Saúde/Departamento De Ações Programáticas Estratégicas. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: Uma Prioridade do Governo. Brasília- DF, Caderno nº01, 2005. Disponível em: <http://sistemas.aids.gov.br/feminizacao/index.php?q=system/files/cartilha2.pdf> Acesso: 5 de abril de 2014, às 8:00hs.

_____. Secretaria De Assistência À Saúde/Departamento De Ações Programáticas Estratégicas. PAISM- Programa De Assistência Integral À Saúde Da Mulher: 21 Anos Depois. Brasília- DF, Ed. MS/CGDI/SAA/SE 2005. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folder/05_0009_F.pdf Acesso: 22 de Julho de 2014, às 15:00hs.

_____. Secretaria De Atenção À Saúde/Área Técnica de Saúde Da Criança E Aleitamento Materno. Gestões e Gestores de Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Criança: 70 Anos de História. Brasília- DF, 2011. Disponível em:

<http://www.fiocruz.br/redeblh/media/70ahsaudecrianca.pdf> Acesso: 09 de agosto de 2014, às 13:20hs.

_____; FEBRASGO; ABENFO. Secretaria De Política De Saúde/Área Técnica De Saúde Da Mulher. Parto, Aborto E Puerpério: Assistência Humanizada À Mulher. Brasília-DF, 2001.

MONTECINOS, V. Feministas e tecnocratas na democratização da América Latina. **Rev. Estudos Feministas**, v. 2, n. 11, jul./dez. 2003.

NASCIMENTO, C.V; OLIVEIRA, B.J. O Sexo Feminino em Campanha pela Emancipação da Mulher. **Cadernos Pagu**. Campinas, n. 29, julho/dez. 2007, p. 429- 457. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n29/a17n29.pdf>. Acesso em: 27 de abr. 2015, às 13:12hs.

NUNES, E.D. Saúde Coletiva: História de uma ideia e de um conceito. **Rev. Saúde e Sociedade**, 1994, p. 5- 21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v3n2/02.pdf>. Acesso em: 27 de abr. 2015, às 13:14hs.

OLIVEIRA, V.V. A mulher e o Planejamento Familiar. Trabalho de Conclusão de Curso da Escola de Serviço Social, Universidade Federal Fluminense (UFF), 1984.

PEDRO, J.M. Entrevista com Suely Gomes Costa. Transcrita por MaiseZucco, conferida por Luciana F. Klanovicz. Florianópolis, Santa Catarina. Realizada em 17 de fevereiro de 2004.

_____. Narrativas Fundadoras do Feminismo: Poderes e Conflitos (1970-1978). *Revista Brasileira de História*. São Paulo-SP, v.26, n. 52, dez/2006, p. 249- 272. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-01882006000200011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 5 de abr. 2014, às 10:25hs.

SANTIAGO, M.T. Uma história da Secretaria Municipal de Saúde de Niterói. Tese de Doutorado pelo Instituto de Medicina Social (UERJ). RJ, 2010.

SANTOS, A.; SANTOS, L. M. Histórico da AIDS: uma história de lutas, decepções, guerra de vaidades e coragem, 1999. Disponível em: <http://www.boasaude.com.br/artigos-de-saude/3838/-1/historico-da-aids-uma-historia-de-lutas-decepcoes-guerra-de-vaidades-e-coragem.html>. Acesso em: 17 de dez. 2014, às 10:47hs.

SARTI, C.A. Feminismo e contexto: lições do caso brasileiro. **Cadernos Pagu**, 2001, p. 31-48. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n16/n16a03>. Acesso em: 5 de abr. 2014, às 10:00hs.

_____. O início do feminismo sob a ditadura no Brasil: o que ficou escondido. In: XXI CONGRESSO INTERNACIONAL DA LASA (Latin American Studies Association), Chicago, set. 1998 (Sessão: Resistência e transformação durante a ditadura militar no Brasil).

SCHEREN-WARREN, I., Das mobilizações às redes de movimentos sociais. **Rev. Sociedade e Estado**. Brasília, v. 21, n. 1, jan./abr. 2006, p. 109- 130.

_____. I. Novos movimentos sociais, a construção da democracia e o papel dos mediadores. In: **Redes de movimentos sociais**. Rio de Janeiro: Edições Loyola/Centro João XXIII, 3ed., 2005, p. 49- 60.

_____. Redes de movimentos sociais na América Latina: caminhos para uma política emancipatória? **Caderno CRH**. Salvador, v. 21, n. 54, dez/2008, p. 505- 517.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Educação e Realidade. Porto Alegre: Faculdade de educação/UFRGS, v.6, n.2, jul/dez, 1990.

SILVA, E.F. A influência das pedagogias feministas na construção do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher- (PAISM) e seus desdobramentos na atualidade. Monografia pela Escola de Serviço Social, Universidade Federal Fluminense (UFF). RJ, 2013.

SILVA, H.M. A política pública de saúde no Brasil: Dilemas e desafios para a institucionalização do SUS. Dissertação pelo Curso de Mestrado em Administração Público, pela Fundação Getúlio Vargas. RJ, 1996.

SOARES, V. A construção da cidadania fragilizada da mulher. In: **Trabalho e cidadania ativa para as mulheres; desafios para as políticas públicas**. São Paulo, Coordenadoria Especial da Mulher, 2003, p. 89- 98.

SOBRINHO, D.F. **Estado e População: Uma História do Planejamento Familiar no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Tempos, 1993.

SOIHET, R. Defrontando-se com os preconceitos: mulheres e a luta pelo controle do corpo. **Revista Art Cultura: Revista de História, Cultura e Arte**. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, v. 9, n. 14., jan./jun. 2007, p. 39-53.

_____. Mulheres moldando esteticamente suas existências: feminismo como alavanca para uma sociedade mais justa. **Projeto História**. São Paulo, n. 45, dez./2012, p. 29- 60.

_____. Violência simbólica: Saberes masculinos e representações femininas. *Rev. Estudos Feministas*.v.5, n. 1,1997. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/12558/11703>. Acesso em: 27 de abr. 2015, às 13:27hs.

_____. Zombaria como arma antifeminista: instrumento conservador entre libertários. **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis. CFH/CCE/UFSC, v. 13, n. 3, 2005, p. 591-611.

SOPHIA, D.C. Os intelectuais da saúde e a invenção das utopias: 1970- 1990. Dissertação de Mestrado em Política Social pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Rio de Janeiro, 2005.

VASQUES, M.H.B. Metodologia de Pesquisa Científica. UNINOVE- Universidade Nove de Julho, (s/d). Disponível em: <https://pt.scribd.com/doc/3521025/31/%E2%80%A2%C2%A0Metodo%C2%A0Historico> . Acesso em: 1 de jun. 2015, às 20:23hs.

YIN, R. K. Case Study Research: design and methods. SagePublications, 3º Ed. V. 5. Tradução e síntese: Prof.Ricardo Lopes Pinto. Adaptação: Prof.Gilberto de Andrade Martins. Disponível em:

http://www.focca.com.br/cac/textocac/Estudo_Caso.htm Acesso em: 4de jul.2014, às 12:00hs.

ZIRBEL, I. Estudos Feministas e Estudos de Gênero no Brasil: Um Debate. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da UFSC, Florianópolis, 2007. Capítulos 1 e 2.

ANEXO 1

Fotos do Seminário Direitos da Reprodução, ocorrido na ALERJ, 1984.



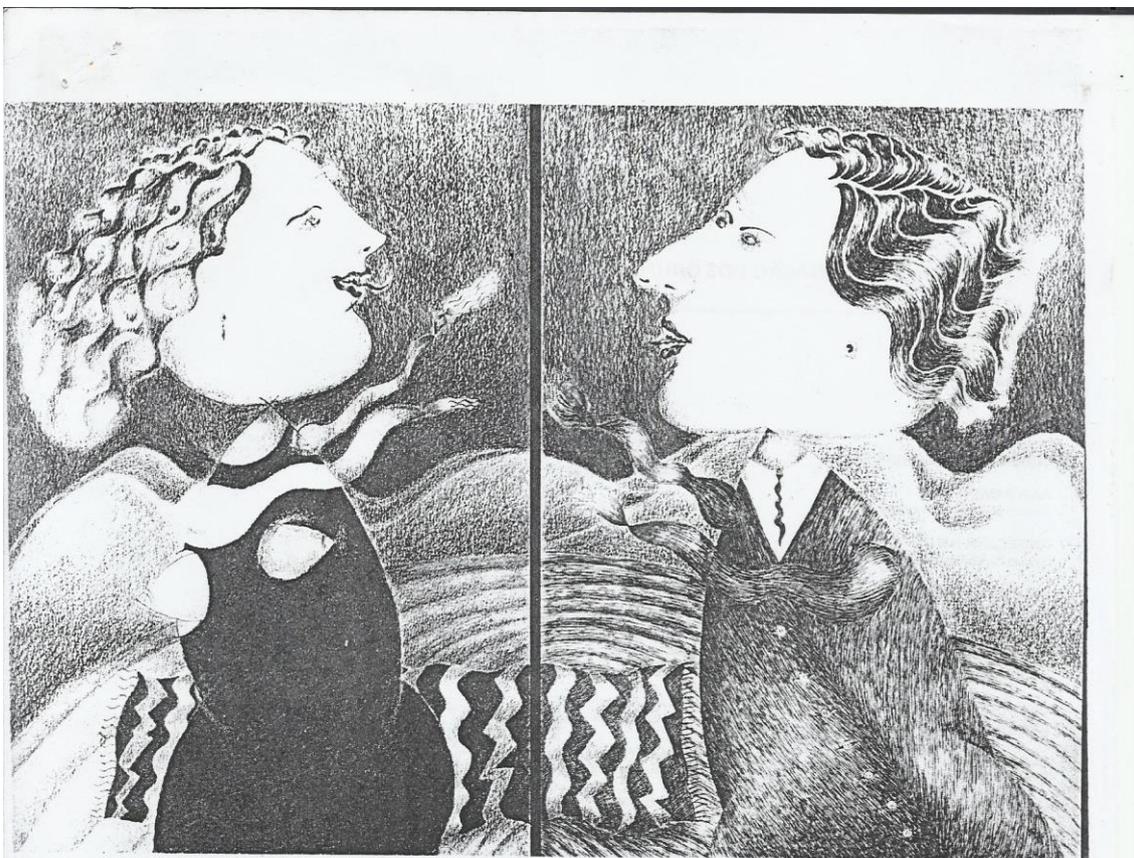
“ Abertura do Seminário dos Direitos Reprodutivos. Formando a mesa: a jovem deputada Lucia Arruda trocando figurinhas... e seu apoiador masculino o então jovem dep. Godofredo Pinto. Hildete Pereira sempre atenta ao funcionamento de tudo... A mesa formada, discursos iniciados ...E vai começar a festa! Outro dia, recebi um abraço inesperado de alguém na rua Moreira Cesar, lugar onde todo mundo se encontra... E, ternamente, esse belo homem me disse com carinho: ‘Oi, Suely! Não me esqueço nunca daquela experiência com as crianças do Grupo Escolar no Largo da Batalha... Foi a melhor experiência que vivi de educação em saúde!’ Ele era então médico-residente e como nos ajudou!...Valeu! mas tudo começou com a turminha competente da Lucia Arruda e suas grandes animadoras culturais! Gente! É possível! Política se faz assim: com muita garra e acreditando que mudar é possível! num trabalho em que se acredita!!! ”



“ Relembrando movimento feminista dos anos 70: Assembléia Legislativa, seminário sobre Direitos Reprodutivos... Promoção do gabinete de Lucia Arruda (Lulu) e sua equipe: Solange Dacach , uma delas, dentre outras tantas... Dinâmica de grupo...Satieta foi [...]. Eu, no grupo, aprendendo...e, depois, devolvendo saberes no Centro de Saúde Santa Rosa, em Niterói... Obrigada, por tudo que recebemos de vs, gente querida e por viver essa experiência de tão excelente qualidade política! E por falar em saudades, por [onde] anda você, Lulu? ”⁴⁵

⁴⁵ - Fotos e legendas retiradas do Facebook de Suely Gomes Costa.

ANEXO 2



**DIREITOS
DA
REPRODUÇÃO**

COORDENAÇÃO DOS GRUPOS

SUPERVISÃO:

Cristina Viana
Martha Zanetti

COORDENARAM OS GRUPOS:

- | | |
|--|---|
| - ANA ROWER
Centro da Mulher Brasileira | - JAMES LEWIS
Coordenação do Encontro de Homens |
| - ANGELA OLIVEIRA
Grupo de Mulheres do PMDB | - LEONOR NUNES PAIVA
Casa da Mulher do Rio de Janeiro |
| - BERENICE RIBEIRO
Centro da Mulher Brasileira | - LUCIA HELENA SOUZA MARTINS
Centro da Mulher Brasileira |
| - BERTINE CARLOS BEZERRA
Centro da Mulher Brasileira e
Grupo de Saúde Nós Mulheres | - MADALENA GUILHON
Grupo de Mulheres do PT-RJ |
| - CLAUDIA BARCELOS
Ceami e Grupo de Saúde Nós Mulheres | - MARIA CELESTE
Grupo de Saúde Nós Mulheres |
| - CLAUDIA
Grupo de Mulheres do PT-Niterói | - MARISKA RIBEIRO
Idac - Instituto de Ação Cultural |
| - COMBA MARQUES PORTO
Casa da Mulher do Rio de Janeiro | - MARTHA ZANETTI
Ceami e Grupo de Saúde Nós Mulheres |
| - CRISTINA VIANA
Ceami e Grupo de Saúde Nós Mulheres | - MARIA NEOMI DE OLIVEIRA KNOR
Comissão Feminina do
Sindicato dos Professores |
| - ELIZABETH DE ANDRADE ROMEIRO
Grupo de Saúde Nós Mulheres | - MARIA RITA TAULOIS SILVA
Idac - Instituto de Ação Cultural |
| - ELY SANTOS
Centro da Mulher Brasileira | - NILCE
SOS Mulher do Rio de Janeiro |
| - FERNANDA CARNEIRO
Assessoria Lucia Arruda e
Grupo de Saúde Nós Mulheres | - RITA ANDREA
SOS Mulher do Rio de Janeiro |
| - FLÁVIA CAVALCANTI
Grupo de Mulheres do PT-RJ | - ROSE MENCHISE
Grupo de Mulheres do PT-Niterói |
| - GABRIELA SILVA LEITE
Grupo de Mulheres do Mangue | - VALDO FELINTO
Ceami |
| - HILDETE PEREIRA DE MELO
Casa da Mulher do Rio de Janeiro | - VÂNIA SILVEIRA
Assessoria da vereadora Benedita da Silva |
| | - VITÓRIA PAMPLONA
Psicóloga |

Participaram desta edição: Fernanda Carneiro, Lia Diniz e Madalena Guilhon (texto); Flávia Cavalcanti (diagramação); Flor Maria Opazo (ilustração); Lucia Helena (datilografia); Carmen Lucia Pessanha Lozza e Mariza Figueiredo (colaboração); Cláudia Barcellos, Cristina Viana e Martha Zanetti (assessoria).

SEMINARIO DIREITOS DA REPRODUÇÃO

**Por erro imperdoável omitiu-se
na impressão final o nome de
MARIA JOSÉ DE LIMA, do
Coletivo de Mulheres do Rio.**

Organizadores* Deputada Estadual Lucia Arruda - PT/RJ
Fernanda Carneiro e Angela Borba (assessoria)
Deputado Estadual Godofredo Pinto - PMDB/RJ
Carmen Lucia Pessanha Lozza, Marcos Gomes,
Paulo Roberto Cerri (assessoria)

Realizado na Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, em 22 de setembro de 1984

SUMÁRIO**INAUGURANDO UMA OFICINA****TECENDO O ENCONTRO**

Procurando os fios

O fio que faltava

COMO FAZER A TRAMA

O riscado

A OFICINA*O linhão*

Todos os fios

A TRAMA DO TECIDO**UM LADO DO TECIDO****O TECIDO****APÊNDICE**

A historia da Linha da Vida - Martha Zanetti

Roteiro de planejamento dos grupos

Discurso de Marta Suplicy

Uma reivindicação atendida - Lei sobre
atendimento de abortos na rede de saúde pública

Inaugurando uma oficina



A presença feminista na Assembléia Legislativa do Rio vem colocando em debate questões sempre ausentes do mundo institucional e político. Este pedaço de poder conquistado por Lucia Arruda, deputada eleita pelo Partido dos Trabalhadores, passa a constituir tribuna privilegiada das reivindicações do movimento. É a visão feminista dos fatos e processos sociais e políticos de nosso tempo que se espalha pelo plenário e corredores daquele ambiente austero.

No ano de 1984, Lucia idealizou a realização de um Seminário que canalizasse reivindicações e denúncias sobre a condição da mulher na questão da reprodução. A voz feminina que seu mandato representa passaria então a ser ouvida diretamente.

Eis que, num sábado de sol, 22 de setembro, dia nacional pela descriminalização do aborto, trezentas mulheres e cinquenta homens invadiram o impotente Palácio Tiradentes. Atendiam à convocação de Lucia Arruda e do deputado do PMDB-RJ, Godofredo Pinto.

"... A nossa pretensão em geral, e hoje aqui em particular, é de tentar fortalecer a política feminina, construindo a voz das mulheres.

Quando falamos em reprodução, assim como em demografia, estamos falando do corpo feminino, desse corpo que engravida, toma anticoncepcional, faz abortos clandestinos; enfim, do corpo que vive em si mesmo, na prática, todas as questões relativas à reprodução. Não queremos uma política oficial de reprodução que manipule nossos corpos.

Esperamos poder vivenciar neste Encontro a questão feminina e do direito à reprodução como um movimento de libertação."
(Lucia Arruda)

Lucia não foi a única responsável e Godofredo foi o parceiro certo. O interesse político nessa parceria tem origem numa velha expectativa e batalha das feministas em atrair para o movimento as professoras — categoria ativa no desenvolvimento dos papéis sexuais de uma sociedade — e que ele poderia viabilizar.

Mas apenas isso não bastava. Foi condição indispensável saber que sua prática de trabalho tem como referência a preocupação com o processo de aprendizagem e a educação e que, no Seminário, ele se colocava, conscientemente, como aprendiz, para desempenhar um papel inovador na Assembléia: respeitar os métodos, práticas e concepção do trabalho político feminista.

 A preparação

Tecendo o encontro

O planejamento do Seminário coube às assessorias dos gabinetes dos dois parlamentares e à supervisão de Martha Zanetti e Cristina Viana, do Centro de Estudos e Atendimento à Mulher e à Infância — CEAMI.

Todo o trabalho de organização foi realizado tendo por objetivo colocar em pauta o tema da reprodução, até então ausente da Assembléia Legislativa, fazendo surgir a voz da mulher, falando de si, de seus mistérios pessoais e da vivência de sua capacidade reprodutiva.

Pela experiência feminista sabe-se que a fala da mulher surge em pequenos grupos. Garantir esta forma de organização num grande encontro era o desafio.

Nesse esforço, a articulação de um núcleo de mulheres que se preparou para a coordenação dos grupos, resultou fundamental. O trabalho de reflexão e troca se desenvolveu. A técnica a ser adotada, *Linha da vida*, embora conhecida das organizadoras, foi testada, com vistas a sua aplicação no Seminário, no Grupo de Saúde "Nós Mulheres", antes de ser vivenciada pelas coordenadoras. Em três encontros, três momentos de integração, feministas experientes e lideranças de trabalho ligados à saúde da mulher se encontraram e discutiram entre si o "como fazer".

Mesmo as mais experientes em trabalhos de grupos não ficaram isentas de medo: medo de coordenar mulheres cuja origem não se sabia, medo de assumir publicamente um evento feminista, medo da

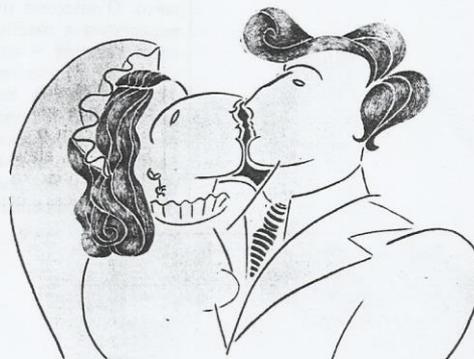
ousadia de ocupar aqueles corredores e salas austeras, medo de não dar certo. Afinal, tratava-se de um "grupão" de reflexão.

"Quatro trocam experiência da *Linha da vida* com quarenta, as quarentas se preparam para trocar com quatrocentas..."

Para a coordenação do grupo dos homens, já às vésperas do dia 22, contou-se com a colaboração de companheiros que, por conhecer o trabalho das organizadoras, aceitaram participar da tarefa, menos preparados do que as coordenadoras, respeitando a proposta do Seminário.

A supervisão de Cristina e Martha, em cada fase do planejamento, compartilhando com Lucia, Fernanda e Angela os medos, as dúvidas e, principalmente, garantindo solidariedade e troca de conhecimento e de afeto, foi indispensável para o sucesso do trabalho.

Os funcionários dos dois gabinetes trabalharam arduamente respondendo com eficiência ao ritmo, às vezes por demais acelerado, que era exigido para a construção da "infra" do Seminário. Enfim, a preparação do Evento foi possível graças à cooperação dessa gente toda.



O FIO QUE FALTAVA ou os homens são benvindos

Por se tratar de tema de interesse geral, o Seminário sobre Direitos da Reprodução estava aberto a todos, sabendo-se que a mulher — corpo onde se processa a reprodução da vida — seria a principal interessada na discussão. O fato de ter sido incentivada a presença dos homens foi inusitado, representando, na verdade, o assumir de uma postura até então relegada a segundo plano: também aos homens é preciso interessar sobre sua sexualidade e sua relação com a reprodução. E num evento feminista onde se objetivava, principalmente, dar voz às mulheres, era fundamental que os homens ouvissem os resultados.

Aos sindicatos, associações de moradores e entidades em geral fez-se um convite prévio para uma reunião de esclarecimento, com o objetivo de integrá-los na tarefa de mobilização da comunidade para o evento. Quarenta e duas entidades atenderam ao convite.

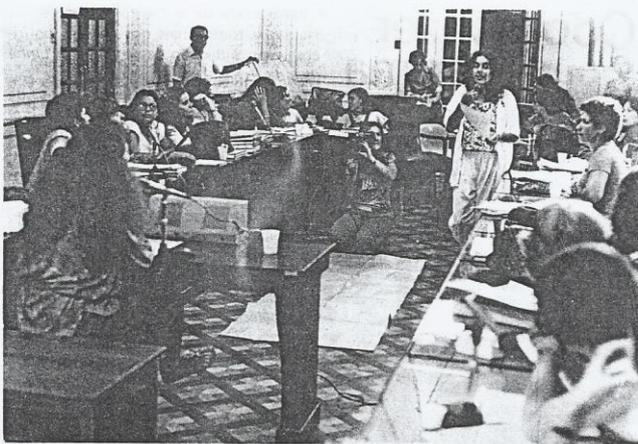
Foram enviados convites para todos os contatos individuais de cada gabinete e cartazes foram espalhados por escolas, universidades, instituições de saúde e enviados aos órgãos de comunicação.

Cerca de trezentas mulheres e cinquenta homens atenderam ao chamado.

No planejamento inicial se trabalhou com a idéia de montar, além dos grupos só de mulheres, grupos mistos, onde homens e mulheres refletiriam juntos a questão da reprodução.

Depois, nas reuniões com o núcleo de coordenadoras, viu-se que seria melhor formar grupos homogêneos, quanto ao sexo, pois os homens estariam experimentando uma nova prática de reflexão e a experiência da prática feminista tem mostrado que as mulheres, quando estão entre si, falam mais facilmente de coisas íntimas, tabus e medos.

A decisão tomada incorporava saber que o evento comportaria essa ousadia e que a voz feminina que se queria ouvir seria aquela produzida pelos grupos compostos só de mulheres.



“Não poderia imaginar que fosse ser para mim uma experiência tão rica. Antes de começar me dei conta que estava com suspiros maiores, fortes, rápidos, trêmula, enfim, tudo de medo; eles traduziam todo medo que era de colocar e ouvir a fala de cada mulher sobre algo sempre tão difícil e proibido e reprimido em nós desde que nascemos.” (Bertine)

Como fazer a trama

A necessidade de se fugir das práticas rígidas e tradicionais dos debates políticos levou à decisão de se aplicar a *Linha da vida*.

A *Linha da vida* é o levantamento da ideologia de um grupo através da representação individual da vivência de cada participante — lembranças, fatos, experiências vividas e compartilhadas na infância, adolescência, juventude, maturidade, velhice — falando como sentiu ou como sente a expectativa da menstruação, concepção, gravidez/parto, gravidez/aborto e menopausa.

“... A *Linha da vida* nasceu durante uma palestra sobre sexualidade feminina, em Belo Horizonte, em 1979, no 19 Encontro da Mulher Mineira.

O encontro com outras mulheres é sempre um exercício, uma prática de liberdade. A idéia é fazer surgir, sempre, a fala da mulher, do outro. A *Linha da vida* permite um ideal de encontro — a troca, com a emoção de descobrir-se, semelhantes e diferentes. E assim, precisando trabalhar com aquela platéia de 80 mulheres em Belo Horizonte, tracei uma linha num quadro-negro imenso e pedi as mulheres presentes: *Vamos colocar nesta linha os momentos importantes de nossa sexualidade? Uma hora depois o quadro está repleto de desejos, sonhos, príncipes encantados, monstros, namoros, casamentos, separações, velhice, menopausa, abortos, menstruações...*

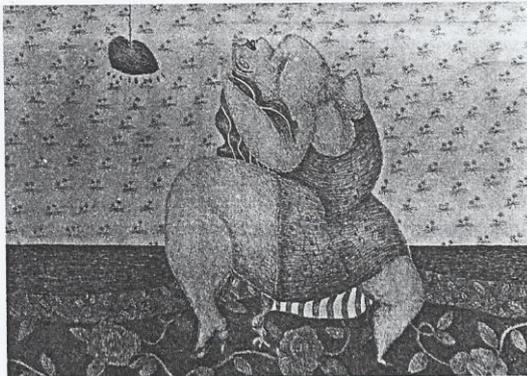
Com esse universo, levantado por nós, entramos em um processo de reflexão sobre as questões morais, culturais, sociais, políticas, econômicas. Um encontro muito íntimo, sério, repleto de humor, trocas. Somos mulheres, temos voz. Temos uma história.” (Martha Zannetti)

O desenrolar da *Linha da vida* faz que medos e dúvidas sejam partilhados, que a timidez seja vencida, que brote o afeto e a troca de conhecimentos, permitindo a socialização das idéias de cada sem que se perca a visão de sua própria marca, numa construção coletiva da história. Quanto mais heterogêneo é o grupo quanto à idade, origem, cultura, profissão, mais rica se torna a troca.

Quando aplicada em grupos de reflexão mais permanente, a *Linha da vida* pode ser o desencadear de um processo de aprendizagem e conscientização mais profundo. O grupo, nesse caso, tem tempo para desdobrar o material levantado e enriquecê-lo conforme seu interesse e criatividade. Não se fecham questões, tudo é vivido de forma a permitir que cada grupo imprima o rumo e o ritmo próprios de seu processo de conhecimento.

Nessa dinâmica, o papel da coordenação é fundamental, pois a técnica é apenas um pretexto para se chegar à tarefa.

“Foi legal ser coordenadora junto com a Vânia. Nervosíssima no princípio. Depois adquiri a maior segurança. Nunca tínhamos coordenado grupos, mas depois que todo mundo desandou a falar, veio chegando a segurança. Uma porção de mulheres queria ficar no grupo que eu coordenava. Acho que foi pelas fantasias que minha profissão (prostituta) desperta!” (Gabriela)



O RISCADO ou o papel da coordenação

Todo grupo de reflexão necessita de uma coordenação. E é fundamental que se tenha entendimento desta tarefa. Não se trata de uma posição de ensinamento ou de condução de grupo. Com simplicidade, simpatia e intuição, é preciso que se garanta a voz de todos os componentes do grupo. Dificuldades aparecem — emoções fortes que polarizam, mudez, críticas, indiferenças iniciais, ansiedades — e devem ser enfrentadas com tranquilidade. O importante é voltar ao objetivo: por que estamos juntos?

Na metodologia adotada, a coordenação tem o papel de animar a discussão, iniciando a integração através da apresentação, garantindo a voz a todos e incentivando o “ouvir”, e o compromisso com a elaboração do produto do grupo.

No Seminário, a produção de cada grupo de dez pessoas seria garantida pela coordenação, em três momentos:

- a confecção da *Linha da vida* através do registro dos depoimentos de cada mulher;
- avaliação da vivência. Fala-se, neste momento, do que foi produzido em conjunto e faz-se o levantamento do material considerado pelos grupos, como representativo para compor a *Linha da vida* comum — o *linhão* —, que seria posteriormente elaborado numa reunião de todas as coordenadoras;
- registro de questões para o debate ou de propostas para desdobramentos.

O planejamento detalhado do trabalho de coordenação de grupo do Seminário encontra-se no apêndice desta edição.

É indispensável que cada coordenadora tenha um momento de reflexão após os trabalhos no grupo. Um momento solitário para um encontro que lhe permita apropriar-se do material que lhe foi posto em mãos. Por isso uma coordenação de duas pessoas por grupo é ideal, tanto para compartilhar a tarefa como para dividir esse momento posterior de avaliação.

A relação estabelecida entre coordenação e grupo, se desenvolvida com fluidez, favorece a comunicação, com uma consequência imediata: a criação de um vínculo grupal forte, o brotar de um sentimento de cumplicidade e solidariedade, o que por si só já é um ganho, uma relação nova, um produto político.

O papel da coordenação é utilizar a técnica como pretexto — a técnica é mera intermediária da ação de coordenar — para que cada componente do grupo assuma uma posição de igualdade diante do outro, sem eliminar as diferenças de sua vivência particular.

A coordenação, ao motivar o compromisso do grupo com um resultado — texto, relato, registro de sínteses —, garante um produto mais “colado” às representações individuais, evitando finais tradicionais, prontos ou padronizados que diluem as diferenças.

O planejamento do tempo é importante, como em qualquer processo de trabalho, podendo-se desenvolver uma coordenação flexível sem ser dispersa, objetiva, sem ser rígida.

No Seminário, as coordenadoras assumiram o papel de “aparelho vocal” de trezentas outras mulheres.

“O trabalho foi muito bonito. Estávamos cheias de ansiedade até o grupo começar. Éramos dez mulheres. Sentamos no chão para ficar mais à vontade. Como ninguém falava nada, resolvi me apresentar e contar como foi na minha infância, quando eu comecei a descobrir as diferenças entre os sexos: mulher não faz isso, homem pode. A partir daí deslançou o grupo e a coisa fluiu com uma riqueza extraordinária até a menopausa. Muitas histórias emocionantes, histórias de muita violência. A faixa de idade era bastante variada: de vinte e poucos a sessenta anos; a classe social era da classe média em geral.” (Nilce)

A oficina

Tecida uma rede de afeto e confiança no trabalho, tudo estava preparado. No dia do Seminário, essa rede ia se multiplicar.

Fazer eventos políticos ou culturais no Rio em sábado de sol é sempre um risco. E o dia 22 amanheceu assim.

Pelàs oito e meia começaram a chegar as mulheres, alguns homens e também crianças. Felizmente tinha sido pensado um lugar para elas — *o deixa comigo*.

Quem chegava olhava a programação, via os outros, procurava os amigos ou um lugar para ficar.

A Assembléia tingiu-se de cores e o plenário ficou bonito, sob o olhar dos parlamentares — todos homens — pintados por Visconti na parede do fundo.

Para a abertura não foi usada a cadeira do Presidente, que, lá no alto, ficou vazia. Os deputados queriam estar na posição de iguais.

Pela manhã, ouviu-se o discurso de Marta Suplicy, rico de informações, que se publica em anexo. Os "slides" sobre Educação para a Saúde, cedidos pelo Instituto de Ação Cultural — IDAC, programados para a parte da manhã, não puderam ser mostrados por problemas técnicos. Uma perda.

A coordenação geral se reuniu para acertar finais. Excitação, troca de idéias, material distribuído, tudo combinado.

"Martha destampou o caldeirão: estou morrendo de medo, e mostrou o abraço arrepiado. E aí todos revelaram sua tensão. Foi fundamental conversar sobre isso antes dos grupos. Mais uma vez um trabalho de integração, dessa vez com todas as coordenadoras presentes. Algumas até sentiram vontade de que não se precisasse delas para coordenar. Reconhecido o medo, a coragem e a confiança ligaram o motor. Formaram-se os pares para a coordenação e lá se foram em vôo." (Fernanda)

Nos corredores dos dois andares da Assembléia, nas salas disponíveis, em cadeiras ou no chão, formou-se uma verdadeira oficina de trabalho feminista. Em círculos, funcionando com harmonia, mais de vinte grupos de mulheres e dois de homens passaram toda a tarde numa relação íntima, profunda, aprendendo, ensinando, tecendo a rede feminina de solidariedade e conhecimento quanto aos direitos da reprodução.

"Eu estava pra ser coordenadora e foi cômodo, fiquei com a Martha e até aprendi muito com a *Linha da vida*. Nas reuniões preparatórias eu ficava com enxaqueca. No meu grupo tinha uma mulher que gaguejava. Mas falava. E descobri que minha enxaqueca era minha dificuldade de falar. Aqui eu posso falar. Hoje estou falando do meu sentimento e até agradeço aqui o que aprendi com as feministas." (Celeste)

Durante quase quatro horas cada grupo viveu sua experiência. Várias participantes ficaram antecipadamente mentruadas. Nada de mais, apenas um mergulho nas profundezas do ser mulher, ou, para a maioria, nas dificuldades e beleza de sua própria história. Mergulho que ao mesmo tempo era o preparar de uma decolagem coletiva.

Alguns grupos conseguiram terminar a tarefa, outros não, mas havia o compromisso com o produto final que não se podia deixar perder.

O LINHÃO

As coordenadoras foram se reencontrando aos poucos, excitadas, eufóricas, cada uma trazendo sua experiência, com a sensação de que "tudo de bom aconteceu no meu grupo". Nesse momento, uma falha. Partiram direto para a montagem do *linhão*, sem se permitir comemorar, ali mesmo, a alegria da conquista: a oficina tinha funcionado.

Havia tensão. Cada uma queria trazer o seu próprio grupo, mas sabia que o *linhão* seria a marca de um processo vivido por trezentas mulheres. Difícil conformar-se com a generalização que, para cada coordenadora, significava não se apropriar da riqueza de seu grupo em sua totalidade.

Mas o partir diretamente para a confecção do *linhão* foi a forma de assegurar a produção e disso dependia o prosseguir do Seminário.

E foi tecido o *linhão*, grosso, bem arre-matado e rústico.

"Mas o final, eu não gostei. Foi frio, teve um corte repentino quando avisaram que tinha acabado o tempo. Dobramos o papel e todo mundo se dispersou. Fiquei triste com esse fechamento do grupo, fiquei pensando a semana toda sobre o absurdo da coisa, falei com a Bete sobre isso. Depois fiquei achando que a falha foi nossa, da coordenação, pois houve grupos que se despediram de forma afetuosa, se abraçaram. Esse final não correspondeu ao processo vivido pelo meu grupo." (Nilce)

"Foi uma coisa tão fantástica que durante dias e dias continuei elaborando tudo que eu vivi. Com todas as dificuldades, a reunião de coordenação foi supereficiente: ela conseguiu criar o *linhão*. Saí com a alma lavada. Vivi também a convivência com feministas sem couraças, disponíveis — foi bom demais!" (Estela)

TODOS OS FIOS ou quem participou

Das mulheres presentes, cerca de 80% não eram vinculadas a grupos femininos, o que significa o alcance de um dos objetivos do Seminário: atrair mulheres ainda virgens de um processo de reflexão sobre suas questões específicas. Mesmo se considerando apenas o grupo de mulheres ligadas a outras entidades, verifica-se que 47% não têm esta militância. É significativo apontar que a maioria (86,6%) não é filiada a qualquer partido político.

Quanto ao nível de formação, cerca de 40% das mulheres e dos homens presentes têm curso superior. Os dados permitem, ainda, identificar a presença no Seminário de 60 professoras e 33 profissionais da área de saúde, categorias importantes para o avançar das propostas que surgiriam no Seminário.

Trezentas mulheres e cinquenta homens, de acordo com as fichas de inscrição preenchidas à entrada, vieram ao Encontro.

Esses 13% de participação masculina indicam uma tímida, mas bem-vinda, inserção dos homens à reflexão de um tema que diz respeito mais diretamente às mulheres.

Quanto à idade, as mulheres, desde 18 anos, vieram participar da experiência, enquanto, entre os homens, os mais novos tinham 26 anos. Se quanto à idade inicial do interesse se verifica esta diferença, há uma coincidência quanto ao decréscimo de interesse — tanto o número de homens quanto o de mulheres se reduz a partir dos 40 anos.

A trama do tecido

Impossível reproduzir aqui todas as *Linhas da vida*. No entanto, era fundamental registrar todo aquele material.

A equipe da edição optou por levantar as frases mais significativas e alinhavá-las numa interpretação.

LINHA DA VIDA - (início)	
interpretação das vivências	OHISSA DA EXULA DA FAMILIA
vivências	tem estranha "minha irmã" "fendo raios" "meus pai quando soube que me machucou que me machucou"
onde e porque das vivências	<p>ASCUMENI</p> <p>INFÂNCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - nasceu eilogava - mãe muito protetora - o pai proibiu - brincadeiras infantis
	mulherendo: dei du prazer e da informação

INFÂNCIA

- "Achava que nascia pela boca: sentia dores de garganta só de pensar em casar."
- "Se ficar junto de menino pega neném."
- "Dormia com meus pais. Via eles transando: achava bonito!"
- "Filho nasce de mulher: achava que vinha espontâneo!"
- "Por uma amiga, soube que filho vinha da relação homem/mulher."

LINHA DA VIDA (continuação)	
"os meus medos, crendices, desinformações, silêncio, vigilância, bloqueavam meu crescimento de mulher"	
"eu não sabia de como fazer filhos, ninguém"	
"minha amiga ficou grávida nos coxos"	
ADOLESCÊNCIA	
menstruação	<ul style="list-style-type: none"> - vi minha mãe chorando - as mulheres tem isso! - uma desgraça! todo mês
	<ul style="list-style-type: none"> - pai brigou - mãe silenciosa - aula de biologia - amigas - primos de mesmo idade

ADOLESCÊNCIA

- "Fase terrível: chorava as dores da Humanidade!"
- "Mulher na adolescência se encolhe, o homem vai ao mundo."
- "O que bate é o coração de cima."
- "Pavor de homem: receio de ser lésbica."
- "Pegava no corpo de minha irmã mais velha. A gente se esfregava, era ótimo."
- "Tinha orgasmo em sarros."
- "Minha mãe pegou me masturbando: disse que eu ia adoecer."

Menstruação

- "Foi muito chocante, um transtorno."
- "Minha calcinha estava preta: pensei que estava podre."
- "Pensei que tinha comido beterraba."
- "Meu pai nunca me disse. Eu tava com ele quando aconteceu. Papai, me machuquei! Ele se aborreceu, teve que parar o serviço: chamou minha tia para explicar."
- "Eu queria ficar, foi um prazer."
- "Tive vontade de contar para todo mundo."
- "Uma desgraça todo mês."
- "Achei bom, fiquei orgulhosa por ter ficado 30 dias!"

JUVENTUDE / MATURIDADE

Medo de engravidar

"Achava que se namorasse sem roupa eu ia engravidar."
 "Enxuguei com a toalha do primo: vou ficar grávida."
 "Não sentava no colo de rapazes."

Virgindade

"Eu transei com 14 anos. Tinha tanto orgulho de não ser mais virgem. Essa relação não deu em casamento."
 "O medo de engravidar impedia uma relação sexual com penetração."

Métodos contraceptivos

"Comecei com tabela, engravidei; passei para a pílula, não me dei bem, sentia enjojo; tentei o DIU, sentia dores; finalmente, experimentei o diafragma e estou com ele até hoje."
 "Tem um método que é beber um copo de água fresca logo após a relação e sentar logo no vaso: desce tudo."
 "Fazia lavagem com água, sal e vinagre logo após a relação, mas ardia muito."

Gravidez / Parto

"Estado de Graça!"
 "Foi tão ruim que aos 18 anos liguei as trompas com medo de engravidar de novo."
 "Minha profissão é mais importante que um filho: hoje vivo isso muito bem."
 "Primeira gravidez: posso reproduzir!"
 "Obrigatoriedade de ser mulher: cesariana não vale!"
 "Parto quiabo, maravilhoso, eu queria muito."
 "Acho parto uma coisa monstruosa: fiquei três dias em trabalho."

LINHA DA VIDA - (casi)
 tomava pílula sem saber de nada
 - Fiz abortos: pensei que quando tinha oportunidade
 GRAVIDEZ: FIQUEI LINDA!
 Eu hoje respando as minhas Filhas
 JUVENTUDE / MATURIDADE
 - Pílula
 - DIU
 - Injeção
 BENEFÍCIO: distribui remédio
 E NÃO EDUCA.
 mãe solteira: família tem medo de sexualização

LINHA DA VIDA (Pinal)
 perdi de masturbar...
 achei que esse vai gravidei
 Não senti nada... hoje dizem
 calciprussii
 Hoje com 70 anos,
 tenho prazer sexual
 com meu marido
 VELHICE
 valor social: os velhos não contam
 Livro: "nossos corpos
 nossos vidros -
 ainda diz pouco"

MENOPAUSA E VELHICE

"Repressão social: velho não pode amar."
 "O corpo não acompanha a vitalidade e a criatividade da pessoa."
 "O medo da velhice é a aproximação da morte."
 "Valor social: os velhos não contam."
 "Hoje, aos 70 anos, tenho prazer sexual com o meu namorado."
 "Com 42 anos tive que tirar o útero: não tive o gosto de ter uma menopausa normal."
 "49 anos: estou me preparando para entrar na velhice. Volto à adolescência para me alimentar."

Uma leitura da linha da vida

"O caderno já tomara corpo, mas a cada reunião ainda se fazia a leitura das *Linhas da vida*. As enormes folhas de papel nascidas no 22 de setembro cresciam sob nossas mãos, sob nossos olhos. Era preciso capturar a vida que fluía de cada manusear." (Lia)

INFÂNCIA

No começo da vida, as informações sobre sexo e reprodução resultam incompletas e deturpadas, além de carregadas de interferência da moral dominante — "Lugar de menina é em casa", "Menina não pode ser aventureira". Aparecem com frequência as lendas — cegonha, avião, semente, broto de bambú — "Minha babá me disse: é o anjo da guarda que traz". Os livros são considerados frios e muito científicos — "Mesmo se esforçando muito, meus pais passavam para a gente informações muito frias, científicas, meio anatómicas".

O conhecimento, muitas vezes, vem de forma espontânea e prazerosa, através de brincadeiras ou de maneira deturpada, como coisa feia, proibida, até violenta, quando então traz culpa e medo — "Tinha um sentimento de culpa diante de meu pai nú". Aparece como significativa, neste período, a observação dissimulada do comportamento sexual de animais e adultos — "Vi a cachorra nascendo; ficava na porta do quarto dos meus pais, ouvia eles transando; sentia que papai tinha prazer, mãe sofria".

Em geral, o aprendizado é fruto da experimentação e da observação. No ambiente familiar, é das figuras femininas, principalmente da mãe, que se espera o ensinamento correto — "Minha mãe se sentia encurralada pelas minhas perguntas; me deu uns livros que não me convenceram".

Por outro lado, no universo social, as informações são obtidas, na escola e na vizinhança, sempre através de colegas e parceiros de brincadeiras e, algumas vezes, de professoras mais esclarecidas.

ADOLESCÊNCIA

É uma fase vivida com muitas dúvidas e solidão — "Não tive vontade de contar". É um momento de ruptura, um rito de passagem da criança para a mulher — "Me senti muito mulher, foi ótimo".

A sexualidade é vivida de maneira contraditória, alternando satisfação e angústia. Há dificuldade em expressar fisicamente os sentimentos e a sensualidade e afetividade são vividas de modo diferenciado.

Também nessa fase, o aprendizado não obedece a um processo natural. No ambiente familiar predominam as figuras femininas: a mãe, ou uma substituta, é a responsável pelas informações — "Minha mãe me pegou me masturbando: disse que eu ia adoecer" — e o pai aparece agora como guardião da moral. Na escola, através de aulas de biologia e de livros, são transmitidos alguns conhecimentos apreendidos como frios e despidos de afetividade.

É importante na adolescência a troca de informações entre amigas e primas da mesma idade, embora dessa vivência resulte muita teoria, fantasias e pouca prática — "Pavor de homem: receio de ser lésbica, tinha orgasmo em sarros".

JUVENTUDE / MATURIDADE

A hipocrisia social permeia esse longo ciclo da vida da mulher.

A perda da virgindade antes do casamento só é admitida, e até encorajada, na geração mais jovem, embora a liberação sexual seja ainda encarada como faca de dois gumes, podendo até mesmo ser negativa quando funciona como fator de pressão — "Questão de honra: eu tinha que acabar com a virgindade de qualquer maneira".

Existem muitos preconceitos sexuais: *boa de cama é uma exigência, divorciada, a família me quer virgem, ser desquitada: estar disponível para dar e trabalhar mais.*

A primeira relação é vivida com muita intensidade, numa graduação que varia de muito boa a frustrante — "Fui para cama com meu namorado, que também era virgem: ficamos uma semana sem saber o que fazer", "O cara gozou, virou para o lado e dormiu: foi uma merda, "Foi escondido, sem graça, não podia falar disso com ninguém".

Muitos dos primeiros companheiros, a maioria com experiência sexual, orientavam suas parceiras até mesmo quanto ao controle da fertilidade — "Foi meu marido que me ensinou tudo sobre sexo. A gente foi aprendendo junto. Estamos casados até hoje", "A minha experiência sexual com os homens foi boa. A experiência emocional é que foi muito ruim".

Métodos contraceptivos. Pílula, tabela, camisinha, DIU, diafragma, billings, temperatura, coito interrompido, espermicidas, ligação de trompas, vasectomia e até métodos "caseiros" — "Tem um método que é beber um copo de água fresca logo após a relação e sentar logo no vaso: desce tudo", "Fazia lavagem com água, sal e vinagre logo após a relação, mas ardia muito" — foram vistos nas *Linhas*. A pílula e a tabela combinada com a camisinha apareceram com muita frequência.

O aborto é usado muitas vezes como um método para não ter filhos — "Fiz 23 abortos, a pílula não dava prá minha cabeça. É um direito meu usar o aborto como uma maneira de não ter filhos indesejados". Ele é praticado desde a adolescência — "Levei minha filha de 14 anos para fazer aborto. Ela chorou e todas as mulheres presentes choraram". Dependendo das condições em que é feito, pode trazer problemas de ordem física — "Aborto complicado: fiquei um ano sem ter relações" — ou de ordem psicológica — "Provoquei muitos abortos, meu marido não queria saber. Hoje sou revoltada, gostaria de ter muitos filhos, não tinha prazer sexual". Pode também trazer alívio — "Senti alívio, não queria ter filhos" — e, apesar do sofrimento e da solidão, a consciência de um certo grau de autonomia da mulher — "O aborto foi a única coisa que fiz sozinha, sem depender da autorização do meu marido".

Mesmo as mulheres que detêm o conhecimento sobre os diversos métodos anticoncepcionais se sentem, ainda, desinformadas sobre o funcionamento de seu próprio corpo e sobre saúde ginecológica. Foi mencionada com muita frequência a necessidade da relação médico-paciente ser transformada, de modo que a mulher pudesse escolher o tratamento indicado para seu caso sem se sentir intimidada pelo poder da medicina — "Medo do médico: só fiz pré-natal com sete meses".

Gravidez e parto. A gravidez e o parto são vividos de maneira diferente: para algumas, uma sensação inesquecível de prazer, apesar da dor — "Estado de graça: dor enorme e glória imensa" —, para outras, uma etapa a vencer, com medo e angústia — "Foi tão ruim que aos dezoito anos liguei as trompas com medo de engravidar de novo". O pós-parto é considerado uma fase difícil, solitária, por quase todas — "Com o nascimento de meu primeiro filho, a minha relação com meu marido ficou muito reduzida no plano sexual".

A maternidade é vivida, bem ou mal, de acordo com a fase em que a mulher se encontra, mas ainda traz muitos conflitos. A opção por não ter filhos, que algumas já fazem, conscientemente — "Minha profissão é mais importante que um filho: hoje vivo isso muito bem" —, ainda é dificultada pela supervalorização que a sociedade dá ao papel da mãe — "As pessoas não aceitam que uma mulher não queira ter filhos. Mulher que não quer ter filhos, o lugar é na zona. Trinta e um anos: optei por não ter filhos e não me sinto frustrada por isso".

MENOPAUSA / VELHICE

Das participantes, poucas se encontravam na fase da menopausa. Para a maioria, a menopausa é vivida através de fantasias, suposições e expectativas. Para as mais jovens, existe o receio da menopausa chegar antes dos filhos. Para algumas, atingir esta fase correspondeu à liberação da sexualidade, pela despreocupação com a possibilidade de engravidar, enquanto que, para outras, foi sentida como a chegada da maturidade e de certa tranquilidade interna — "Quarenta e nove anos: estou me preparando para entrar na velhice. Volto à adolescência para me alimentar". O mito do corpo sempre jovem traz o medo do envelhecimento físico, da transformação do corpo, da perda da sexualidade — "O corpo não acompanha a vitalidade e a criatividade da pessoa". "O medo da velhice é a aproximação da morte".

Um lado do tecido

A presença de homens neste Seminário serviu para reforçar a certeza de que as mulheres não estão sozinhas nas suas lutas específicas. São ainda poucos os que atendem ao chamado, mas a solidariedade está crescendo.

"... Nos últimos minutos que nos restavam, nos prometemos um novo encontro de homens, para daqui a algum tempo, onde buscaremos o aprofundamento de nossas reflexões."

Os homens se dividiram em dois grupos e trabalharam tão duro quanto as mulheres.

"Estávamos nós e os elementos do grupo consciente da tarefa originalmente proposta, a Linha da vida. Tomamos esta tarefa como estrutura de referência para que o material produzido pudesse ter uma coerência de leitura com o conjunto da produção do Seminário. No entanto, dada a singularidade dos grupos masculinos e em respeito à própria natureza criativa e muitas vezes aleatória do processo grupal em si mesmo, aceitamos as adaptações que foram se impondo."

No desenrolar da tarefa, falaram de suas vidas, lembraram nascimentos, famílias, amizades, escola, brincadeiras, namoros, amores, trepadas e medos.



"Iniciação sexual foi na rua. Muita masturbação. Competições com os amigos. Quem tem pinto maior? Quem goza mais depressa?"

"Com as mulheres a relação inicial foi com duas primas. Um pouco mais velho, o pai chamou para conversar. Disse que o levaria na zona. Está esperando até hoje."

"Família era matriarcal. Mãe puxava prá escola. Transou com a mulher de um pescador que transava com os meninos."

"Primeiro contato meio roça, roça. Coisa de homem é ficar por trás. Quem dá é bicha, quem come é homem."

"Começou a transar com uma vizinha. Chamava os amigos. A tia pegou. Preocupação dos pais foi com o engravidar. (Foi na frente ou foi atrás?) Os pais falaram que a menina tinha coisa com o diabo. Falou prá masturbar-se."

"A primeira transa foi na zona. Muita expectativa, muita tensão. Frustração maior."

"A primeira transa foi com uma prostituta que não cobrou. A gente transou outras vezes, todas de graça. Foi uma relação legal!"

Embora tenham considerado "exorcizados os medos pela sua ruidosa, apressada e emocionada vocalização", os homens não conseguiram parar a tempo de participar da reunião de confecção do *Linhão*, que, ao ser levado ao plenário, não continha o lado masculino.

Por isso mesmo acabaram tendo um lugar especial. Por seus coordenadores, os dois grupos expuseram então, de forma tradicional, o resultado, pouco formal, de suas reflexões. Um dos relatos trouxe o contexto do processo grupal e evidenciou que a maior produção de material se refere à infância: "infância como sinônimo de aprendizado e criação do conjunto de relações com o mundo, não em seu aspecto psicológico e sim como possibilidade e matriz da geração de um futuro mais satisfatório".

Como produto, o grupo elaborou proposta de pauta para futuro encontro entre homens e mulheres, bastante indicativa do rumo das suas reflexões.

- Poder de paternidade — acesso aos filhos — disputa entre pais pela atenção filial — educação como reflexo da relação do casal.
- Mulher como figura central na família — mãe como autoridade — mãe como figura de referência — presença da avó — presença da irmã — protecionismo irmão/irmã—empregada/babá.

O outro relato provocou emoção no mulherio presente, talvez pelo tom confidencial ou pelo sentimento transmitido: "Com amor, os homens deste Seminário".

Um momento de sedução, onde o porta-voz foi considerado "o príncipe que ainda temos em nós, mas de novo tipo. Não mais aquele que engana, mas aquele que sofre, passa dificuldades, quer sair da infância".

A sedução logo deu lugar às conclusões de nossos companheiros, que, em síntese, apontam:

- que a inserção formal, objetiva das mulheres na produção econômica, científica, cultural e política trouxe para toda a sociedade uma reflexão mais radical sobre a condição humana;

- que o machismo mais que um privilégio conferido aos homens é uma ideologia que vem pelos séculos, servindo à perpetuação de uma estrutura de poder e de produção econômica e à falsa divisão entre homens e mulheres, homens e homens e mulheres e mulheres;
- que na luta comum pela libertação sexual, econômica, política e cultural, desejamos ser agentes ativos e despretos, pois as angústias e o desprazer revelados pelos movimentos de mulheres também os afetam e magoam;
- e que rejeitam "essa sexualidade, que reduz nosso orgasmo, a frações de segundos, a uma ginástica sexual. Recusamos uma sensualidade limitada e restrita ao músculo-membro, que a natureza nos deu."

O lado masculino que, desde a parceria firmada entre Godofredo e Lucia, sempre esteve representado no Seminário, ressurge, neste texto, através de sua fala, emocionada, no encerramento do Encontro.

"... Quer dizer, de manhã até agora, o que eu aprendi, aprendi batendo na cabeça, e acredito que bateria em outros deputados que aqui não estão. No tempo que eu fiquei no grupo dos homens, eu vi que aquela experiência ali, de homens reunidos discutindo num Seminário de mulher ... como é rico. Eu aprendi muito. Quer dizer, eu já entrei aqui e acho até que passei isso na minha colocação, como homem que tá realmente querendo contribuir e, fundamentalmente, aprender. E eu posso dizer que isso aconteceu.

Eu acho que ele tem que se desdobrar, nessa casa, de alguma forma.

Mas eu quero dizer o seguinte: saio daqui emocionado. A minha experiência, no grupo dos homens, foi um barato.

Então eu acho que isso já é um motivo muito importante para que esse... é claro que isso não é o principal. O principal é o fato das mulheres terem, aqui, tirado uma série de reflexões, uma série de questionamentos e por isso valeu o Seminário."

o tecido

Mulheres e homens de novo no plenário.

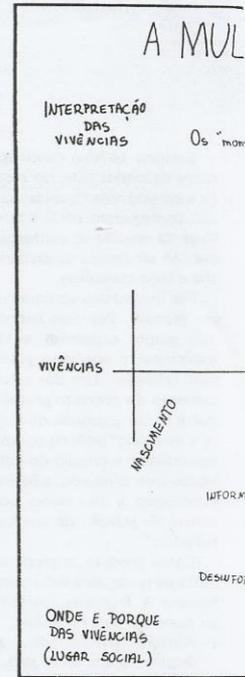
O sentimento reinante era que transformar a condição da mulher não era um projeto impossível.

Aquelas mulheres ali davam um exemplo vivo de movimento de libertação, abertas não apenas para sentir e pensar juntas, mas para desenvolver, nas relações pessoais e na convivência social e política, uma ação transformadora, uma busca permanente de encontro. No material elaborado nos grupos estava o registro de obstáculos à felicidade da mulher e suas exigências para a transformação dessa condição.

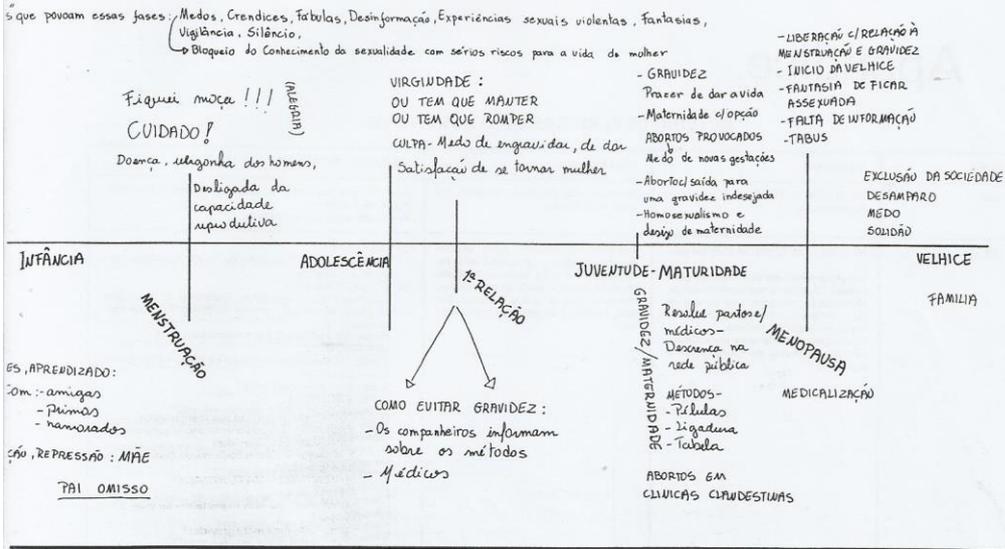
Assim, quando Lucia expôs a síntese, a voz feminina, expressa naquele momento, não guardava distância entre quem falou e quem ouviu. Era a voz emocionada, uterina, de fértil conteúdo e produzida coletivamente que:

DENUNCIAVA

- A moral familiar dominante impede às mulheres de todas as gerações e de todas as idades um crescimento e o reconhecimento saudável e natural de sua sexualidade.
- A reprodução dessa moral nas instituições de saúde e educação.
- A ausência de políticas que ofereçam melhorias à condição da mulher, sempre considerada como reprodutora ou como ser humano inferior ao homem.
- A falta de informação quanto ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) do Ministério da Saúde.
- A prática deseducativa e manipuladora de entidades de planejamento familiar (BENFAM, CEPAIMG etc. etc.) graças à omissão da rede pública.
- A ausência de educação para a saúde nas instituições dessa área.
- A postura médica indiferente, dominadora do saber e, não raro, desrespeitosa, adotada também pelos profissionais de saúde.
- A predominância da pílula anticoncepcional como método mais adotado e o reconhecimento de que sua indicação é feita de forma indiscriminada, sem oferta de outras alternativas, com prejuízos graves à saúde da mulher.
- A ilegalidade da prática do aborto por livre opção, configurando desrespeito e dominação do corpo feminino, cujas consequências são a vivência do medo e da culpa e o risco de vida para a mulher.
- O papel social da mãe na formação e consolidação dessa ideologia levantada.
- O preconceito e a discriminação às mulheres homossexuais.



ER VIVE CONFLITOS AO LONGO DA VIDA GERADOS PELA MORAL FAMILIAR, MAS TEM INTENSA VONTADE DE MUDAR



E EXIGIA

- O fortalecimento do movimento feminista, através de grupos autônomos, com participação efetiva na formulação e execução de políticas que atingem diretamente à mulher.
- Promoção, mais freqüente, de Seminários de reflexão e debate.
- Uma educação da sexualidade que atinja a todos os indivíduos, em todas as idades, entendida como vivência de afeto e prazer, além dos conhecimentos sobre riscos, efeitos e usos de todos os métodos anticoncepcionais.
- Respeito e incentivo às experiências alternativas no campo da educação para a saúde desenvolvidas por vários grupos autônomos, ou ligados a alguma instituição, em busca de "como fazer".
- Um trabalho de educação permanente junto aos profissionais de saúde, visando a transformação das relações de poder através do aprendizado de sua própria sexualidade e capacidade reprodutiva.
- Incentivo à denúncia de toda e qualquer violência sexual.
- Despenalização do aborto e regulamentação de sua prática.
- Garantia de condições sócio-econômicas para a vivência da maternidade: acompanhamento de saúde, creches, alimentação, leis trabalhistas justas etc.
- A busca e a vivência do prazer em cada fase da vida, do nascimento até a velhice.

"A mulher vive conflitos gerados pela moral familiar, ao longo de sua vida, mas vive um intenso desejo de mudança."

Apêndice

ROTEIRO DE PLANEJAMENTO DOS GRUPOS

TEMPO	OBJETIVO	CONTEÚDO	TÉCNICA / ROTEIRO
5 min.	INÍCIO DE INTEGRAÇÃO apresentação	Nome, idade, profissão, solteira, ca- sada, tem filhos...	Fala de cada uma com os dados que achar importante dizer no momento. A coordenação puxa a rodada.
1:30 min.	Montagem da <i>Linha da vida</i> do gru- po. Levantamento das vivências de cada pessoa relativas a sua capacidade de reprodução, em cada fase de sua vi- da – infância, adolescência, maturi- dade, menopausa, velhice. (Coleta de material-base para defini- ção de interesses do grupo sobre a questão.)	Lembranças, imagens, fatos, experi- ências vividas ou compartilhadas re- lativas à educação, vivência de mens- truação, possibilidade de engravidar, maternidade, gravidez, aborto, en- fim, ligadas à capacidade reprodu- ti-va.	a) MATERIAL Papel grande com desenho da "linha"; pilót de cor; papel em branco. b) COORDENAÇÃO Animação com perguntas, incentivo à fala; pede ajuda de alguém para anotar no papel o que vai sen- do relatado. Perguntas indicativas para incentivar a fala: INFÂNCIA Como foi sua primeira noção de como se faz filho? Com que idade? E de como nasceu um bebê? ADOLESCÊNCIA Como você viveu sua menstruação? Você sabia que sua menstruação estava ligada à sua capacidade de engravidar? E o namoro? Como foi vivido como possibilidade de engravidar? JUVENTUDE / MATUREZANA Contraceção Como viveu ou tem expectativa de viver a primeira relação? Como cada uma evita gravidez? Como decidiu por esse método? (se não tem relações) Que métodos contraceptivos conhece? Maternidade (quem tem filho) Como viveu a gestação e o parto? (quem não tem) Como tem expectativa de viver a maternidade? Você sente algum limite de idade para a maternida- de? Menopausa Como viveu ou que expectativa tem da menopausa? Velhice Como vive ou imagina viver sua sexualidade na ve- lhice?
30 min.	Passar da fase de depoimentos para apropriação/avaliação do material produzido. Apropriação de cada pessoa de sua própria marca na história coletiva.	Análise, interpretação do que pode ser comum do conteúdo das vivên- cias e do que é diferenciado, signi- ficando sinais de mudança. Explicitação do que a sociedade ofereceu para acontecer aquelas vi- vências (ajudas, quem apoiou, onde aconteceu, porque aconteceu, aten- dimentos).	– Observação da "linha" produzida. – Fala de cada uma, inclusive da coordenação, sobre o que vê naquela linha, como comum ou em trans- formação, fazendo interpretação e assinalando o "onde e porque das vivências".
30 min.	Reflexão crítica sobre a vivência social da mulher (condição femi- na na questão da sexualidade e re- produção).	Análise, denúncias, fatos sobre con- dições sociais de reprodução (insti- tuições, escolas, atendimentos etc.).	– Fazer a passagem: Como estão hoje as instituições de saúde e as experiências alternativas? O que nos é oferecido? – Fala de cada uma. – Anotação pela coordenadora.
40 min.	Levantamento do material que o grupo quer assinalar no "linhão da vida" como representativo do gru- po. Escolha de uma ou mais questões para serem levadas ao plenário co- mo interesse do grupo para debate.	a) Material do grupo para o <i>linhão</i> . b) Questão do grupo para debate.	– Fazer a passagem: O que nosso grupo vai assinalar no "linhão da vi- da", como representativo de nossa vivência comum e em transformação. O que nosso grupo vai sugerir como tema ou ques- tão de interesse para debate. Coordenadora: Anotar e ler para o grupo.

A HISTORIA DA LINHA DA VIDA

Mulher, estou acostumada a engravidar, gestar e parir, a ver minhas filhas e meu neto crescerem, sempre levo um susto ao me deparar com a filha adulta, independente.

Na relação com minhas filhas e estimulada pelo meu trabalho, mergulho nos mitos dessa imagem Mãe, tentando me libertar dos atávicos sofrimentos, abnegação, exigência e controle exigidos da função mãe.

Criei minhas filhas para o mundo e nessa tarefa também fui me preparando para estar nele, entendê-lo e transformá-lo.

Ainda assim é um susto, uma emoção imensa, constatar: minha filha está aí, plena de vida, consciente de si e da importância de sua atuação na sociedade. Diferente de mim. Não me pertence.

Com o trabalho que desenvolvo no CEAMI, também é um pouco assim, talvez porque me direciono muito guiada pelas minhas sensações viscerais, uterinas.

O PARTO

A Linha da vida nasceu durante uma palestra sobre sexualidade feminina, em Belo Horizonte, em 1979, no 1º Encontro da Mulher Mineira.

O encontro com outras mulheres é sempre um exercício, uma prática de liberdade. A idéia é fazer surgir sempre, a fala da mulher, do outro. A Linha da vida permite um ideal de encontro – a troca, com a emoção de descobrir-se, semelhantes e diferentes. E assim, precisando trabalhar com aquela platéia de 80 mulheres em BH, tracei uma linha num quadro-negro imenso e pedi às mulheres presentes: Vamos colocar nesta linha os momentos importantes de nossa sexualidade? Uma hora depois o quadro está repleto de desejos, sonhos, príncipes encantados, monstros, namoros, casamentos, separações, velhice, menopausa, abortos, menstruações...

Com esse universo, levantado para nós, entramos em um processo de reflexão sobre as questões morais, culturais, sociais, políticas, econômicas. Um encontro muito íntimo, sério, repleto de humor, trocas. Somos mulheres, temos voz. Temos uma história.

O CRESCIMENTO

Em 1980, algumas mulheres do Jornal Brasil Mulher convidam o CEAMI (nessa época, eu, Cristina e Vitória) para fazer um trabalho em Vila Parque União com 30 mulheres da periferia do Rio de Janeiro sobre Sexualidade Feminina. E lá vamos nós outra vez de Linha da vida, só que dessa vez em pequenos grupos, as mulheres discutem como souberam que eram mulheres, quais as lembranças da infância, adolescência e como vai indo a vida adulta.

Depois, montamos a linha que resume nossas histórias. Foi forte e bonito esse encontro. E deu frutos.

O AMOR

Daí surgiu o 1º Grupo de Vivência e Reflexão sobre Sexualidade Feminina. Anos mais tarde, e muitos grupos depois, não só de Sexualidade Feminina, como também um sobre Sexualidade Masculina, o CEAMI de uma salinha pequena já está instalado numa casa grande. Lúcia Arruda, Fernanda e Ângela, feministas, estão com um mandato de deputada. Nos reencontramos. Agora, vamos para a Assembléia levar a Linha da vida! Quatro trocam a experiência da Linha da vida com quarenta. As quarentas se preparam para trocar com quatrocentas...

E como com as filhas que crescem e estão no mundo dando seu recado, a Linha da vida também cresceu, está aí adulta, solta na vida.

Mas isso só foi possível pelo encontro com essas mulheres todas que acreditaram no instrumento de trabalho que é a Linha da vida. Pessoas que acreditam na liberdade, que garantem a fala de cada um e que crescem com isso, suportam as diferenças que não precisam do PODER por que têm poder. Obrigada, amigas. Até o próximo encontro com quatro mil..., beijos da vovó,

Martha Zanetti.

DISCURSO
MARTA SUPPLY

Estou feliz por estar aqui hoje e ter a possibilidade de falar ao pessoal do Rio, cara a cara, e também porque, finalmente, nós mulheres estamos podendo pensar e opinar a respeito do nosso corpo.

Quem hoje ousaria discutir que a mulher não deve trabalhar fora e que deve ficar só em casa cuidando dos filhos? Quem ousaria discutir que a mulher não deve receber o mesmo salário que o homem pelo mesmo trabalho? Quem ousaria dizer que não deve ter infra-estrutura, creche para a mulher que trabalha fora? Esses fatos hoje são óbvios, para a maioria da sociedade. Quando há quatro anos atrás comecei a falar na televisão sobre prazer, desejo, direitos da mulher, era um escândalo. Hoje isso já está incorporado, assimilado pela população. Mas ao mesmo tempo está tudo na teoria. Todo mundo concorda que nós devemos ganhar igual mas nós não ganhamos. Nós estraçalhamos de culpa por trabalhar fora e deixar o filho em casa: a sogra e a mãe da gente cobra, a sociedade cobra. A vida está difícil, as mulheres conseguiram conquistar um monte de coisas, mas usufruir delas tá duro... Volta a ser como antes, vai ser difícil mas pode ir muito devagar e com muito sofrimento.

Quanto aos meios de comunicação, aconteceu algo mais sério: pegaram as nossas reivindicações e usaram contra nós. Há 20 anos atrás não se falava em orgasmo e hoje revistas femininas falam de como deve segurar seu homem fazendo uma deliciosa torta de abacaxi ou tendo dois ou três orgasmos, de ponta a cabeça, simultâneos etc. A ideologia não mudou: segure o seu homem! Mais uma obrigação na vida: o orgasmo compulsório.

Temos que estar muito atentas porque tudo pode ser usado contra as nossas próprias reivindicações. Na questão do planejamento familiar, existem as políticas natalistas e as anti-natalistas. O importante nestas duas correntes é que nós mulheres, tanto numa como na outra, nunca opinamos. Tudo é sempre determinado de cima para baixo por meia dúzia de cidadãos.

No Brasil, em 1965, quando Ataliba Nogueira era o Secretário de Educação em SP, em algumas escolas mais avançadas se tentava ensinar alguma coisa sobre anticoncepcionais, mas foram violentamente reprimidas por essa Secretaria. Em 1968, Costa e Silva tinha uma política de quanto mais gente melhor, por motivos de Segurança Nacional. Em 1973, no Comitê Populacional da ONU, o Brasil teve uma posição muito decente com respeito à fecundidade, só que ao mesmo tempo a BENFAM dançava e rojava à vontade... Em 1974, na Conferência da ONU sobre População, o Brasil voltou a ter uma posição brilhante, dizendo inclusive que ia fazer um grande esforço para a diminuição da mortalidade, das diferenças regionais e da distribuição de renda. Só que a mortalidade aumentou, a distribuição de renda piorou e nada foi feito, porque tudo obedece à lógica do poder existente em nossa sociedade. Vem a Igreja, vem o Exército, aparecem correntes da própria comunidade que atuam como forças opostas ao que queremos e acabam por imobilizar a nossa atuação ou mobilizar numa direção contrária.

Citarei algumas declarações de autoridades acerca do planejamento familiar, todas de 1973: "O planejamento familiar é de vital necessidade para o Brasil. A explosão demográfica po-

de tornar o Brasil inabitável." (Ministro Waldyr Arcovoverde.)

"Os pobres estão tendo filhos que não querem por falta de orientação, de informação e de assistência acessível somente aos ricos: os pobres têm mais filhos justamente porque são pobres." (Hélio Beltrão.)

"O planejamento familiar que almejamos será o exercício da paternidade responsável. A liberdade do casal é inotocável, pois cabe ao mesmo a decisão quanto ao tamanho de sua família, porém, deve-se possibilitar que as informações necessárias possam chegar às diferentes camadas da população, seja qual for o seu nível de renda." (Ministro Danilo Venturini.)

"Uma das causas da miséria no país é o aumento numérico das classes desfavorecidas. O planejamento familiar contribui para evitar que se agrave a problemática da dívida social." (Ministro Waldir Vasconcelos.) Ele afirma que o problema demográfico está diretamente relacionado à Segurança Nacional porque a paz social pode ser comprometida se não houver um crescimento populacional ordenado.

A certa altura começa-se a notar uma mudança de tom nas declarações das autoridades: o aumento da população não é mais a causa da crise. O ministro não defende um programa de controle da natalidade com intervenção do Estado, mas um amplo programa de educação familiar para evitar o nascimento de crianças sem condições de receber alimentação. Fico com medo porque as palavras que eles começaram a usar são as dos nossos discursos mas com a ideologia deles... Por exemplo, essa história de paternidade responsável serve para atribuir ao pobre a culpa por não poder prover os filhos de uma vida digna. Só que, então, o cara que ganha salário-mínimo no Brasil não pode ter filho. Se formos ver a distribuição de renda no Brasil, acho que 90% dos brasileiros não poderiam ter filhos.

Portanto, de um lado tivemos o pessoal antinatalista que supomos sempre ligados à BENFAM, CEPAIM, que costuma esterilizar as mães pobres, e do outro lado, o pessoal natalista que seriam os grupos feministas, o pessoal de esquerda em geral. Essas posições cristalizadas foram um desastre porque não levaram a nada. Enquanto os teóricos discutem lá na cúpula o que deve ser feito, o mulherio aqui em baixo está adorando a BENFAM exatamente porque ela faz esterilização, que é o que elas querem. Não estou defendendo a BENFAM, mas ela não vai catar a laço as mulheres para fazer esterilização, ela tem para quem administrar os seus serviços. É claro que também tem muitas histórias de mulheres que foram esterilizadas sem saber, mas tem também muitas mulheres que querem ter acesso a tudo isso.

O que nós vemos em termos de realidade é o aumento de abortos, o aumento de gravidez na adolescência. Adolescentes grávidas de 13 e 14 anos, aumento de doenças venéreas e o mulherio se esterilizando através da BENFAM porque não tem outra alternativa, ou tomando pílulas sem rótulo que são dadas por instituições estrangeiras.

É importante saber a posição da Igreja. D. Ivo, presidente da CNBB, em 1983 disse:

"O programa de informação sobre o planejamento familiar do governo esconde sob uma capa e divulgação de técnicas abortivas e anticoncepção lesiva à saúde e aos valores éticos da população." Mas, no entanto, outro pronunciamento da Igreja sobre o assunto diz:

"A Igreja tem em mente a dignidade absoluta da vida e o direito alienável dos pais de assumirem a última palavra. O controle da natalida-

de implantado isoladamente não irá resolver os graves problemas da distribuição injusta dos recursos e da renda, do desemprego e da mortalidade infantil. Bem pensado, poderá ser uma medida até importante a ser tomada sob a condição de serem salvaguardados os direitos e as responsabilidades das pessoas envolvidas."

A Igreja está numa posição difícil porque se ela está lutando pelo pobre, esquece que hoje o pobre quer anticoncepção e não quer o método da Igreja, que é a tabelinha que para a maioria não funciona. A mulher de baixa renda quer, como a mulher de alta renda, ter acesso a todos os métodos anticoncepcionais.

Na reunião do México sobre População, este ano, o Brasil teve uma posição muito decente, sem limitar o quanto nós vamos crescer, não permitindo a intervenção de grupos nenhuns dentro do país, toda uma postura em defesa do indivíduo, da escolha de cada um de decidir sobre seu corpo, na palavra do Min. Arcovoverde. Torcemos para que seja como ele falou mas vai depender cada vez mais das pressões de grupos organizados existentes no país. Nós, mulheres, que somos as mais interessadas, não fazemos muita pressão porque não somos organizadas politicamente e acabamos sempre dançando nas grandes resoluções sobre o nosso corpo.

É aí que chegamos à questão do aborto, que foi recentemente para o Congresso Nacional e nem sequer entrou em votação. Isso porque 12 deputados (homens, não tinha nenhuma mulher) votaram contra a apreciação do assunto. Entretanto, se formos ver a realidade do país, com cerca de três milhões de abortos por ano, percebemos a necessidade da legalização. Em termos orçamentais, sai mais caro para o Inamps uma seqüela de aborto em que a mulher fica internada por um mês com infecção do que um aborto que fosse feito com a assistência do próprio Inamps. E o que vai adiantar a legalização se o aborto não puder ser feito pelo Inamps? Quem tem dinheiro para pagar um aborto em boas condições vai poder continuar fazendo, mas as mulheres de baixa renda vão continuar sem condições de fazê-lo sem prejudicar a saúde. Ninguém está dizendo que não é preciso mudar as condições de vida da população, mas precisamos pensar já na mulher que está morrendo ou naquela que está ficando estéril com 15 anos...

Temos agora um projeto de saúde do governo que vai ser implantado, o PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. O projeto é bonito, decente, mas não sabemos de que maneira ele vai ser efetivado. Existe uma preocupação com o nível do pessoal da área de saúde que vai aplicar o programa. Na minha opinião, tem que se começar a fazer alguma coisa nesse sentido e quem tem que exigir um bom funcionamento somos nós mulheres, as usuárias dos serviços. Não foi um projeto de cima para baixo, vários segmentos da sociedade foram ouvidos. Vai incluir assistência à mulher e ao casal estéril, a prevenção do câncer, a discussão da sexualidade. Há falta de recursos mas a minha posição pessoal é de dar força ao projeto. É claro que vamos ter que estar muito atentas e reclamar dos serviços de saúde, mas esse é o processo da mulher adquirir a idéia de cidadania que ela não tem, aliás, que o brasileiro em geral não tem. E para isso tem jornal, rádio, televisão, para abrir a boca quando não se é bem atendido. As mulheres dos grupos alternativos, as professoras aqui presentes têm um trabalho fundamental de conscientização dos direitos do cidadão porque desde o momento em que tivemos consciência disso, passamos a exigir bons serviços e respeito.

UMA REINVIDICAÇÃO ATENDIDA

AUTORIA DEPUTADA LUCIA ARRUDA (PT/RJ)

LEI Nº 832 DE 7 DE JANEIRO DE 1985

Estabelece a obrigatoriedade, à rede de serviços de saúde do Estado, do atendimento médico para a prática do aborto, nos casos previstos em Lei.

O GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º — Caberá à rede de serviços de saúde do Estado, através do seu corpo clínico, prestar o atendimento médico para a prática do aborto, nos casos excludentes de antijuridicidade, previstos no Código Penal, quais sejam:

- a) — se não há outro meio de salvar a vida da gestante;
- b) — se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido do consentimento da gestante, ou, quando incapaz, do seu representante legal.

Art. 2º — Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 7 de janeiro de 1985.

LEONEL BRIZOLA
EDUARDO DE AZEREDO COSTA

JUSTIFICATIVA

O direito ao aborto já é um direito adquirido pela mulher brasileira em dois casos. Assim, no caso em que o desenvolvimento natural do processo de gestação e parto se constituir em perigo de morte para a mulher, a gravidez pode ser interrompida. Também no caso de estupro, o aborto é despenalizado em face da indignação e opressão da mulher violentada, que se veria na injusta situação de viver uma gravidez indesejada ou criar um filho fruto de um ato criminoso contra a sua liberdade sexual.

A Constituição do Estado do Rio de Janeiro determina, em consequência com o artigo 147, que:

"Para defesa e proteção da saúde, o Estado exercerá, mediante serviços próprios, pelo incentivo à iniciativa particular ou convênios com a União e Municípios, atividades de Medicina Preventiva, Medicina Assistencial, Educação Sanitária, Reabilitação, Ensino e Pesquisa."

Não obstante o direito adquirido pelas mulheres e o dever constitucional do Estado, a rede estadual de saúde não atende à mulher que recorre a esse serviço, nos casos acima indicados. São inúmeras as mulheres (muitas delas

adolescentes), vítimas de gravidez decorrente de estupro ou com risco da própria vida, que são impedidas de interrompê-la porque a rede pública não lhes atende por negligência, inoperância ou até ignorância sobre a legalidade desses dois casos. Aliás, também as mulheres muitas vezes ignoram seus próprios direitos.

As mulheres vítimas de estupro, por exemplo, ao não fazerem a denúncia e o exame de corpo de delito no IML, não se apropriam nem do direito e dever de denunciar um crime e nem do direito de comprovar o estupro no caso de uma possível gravidez.

Porém esse comportamento das mulheres é consequência de desinformação e de uma educação condicionada pela opressão.

A nós, legisladores, cabe fiscalizar e garantir no nosso Estado o cumprimento dos direitos de saúde já adquiridos pelos cidadãos, neste caso, as mulheres.

O projeto visa, portanto, conciliando-se com o preceito constitucional, estabelecer obrigatoriedade à rede de serviços de saúde do Estado do atendimento médico para a prática do aborto, nos casos que a Lei não pune, resguardando-se assim, especificamente, o direito das mulheres de se socorrerem aos serviços médicos do Estado para a interrupção de uma gravidez indesejada ou necessária.



DIREITOS

DA

REPRODUÇÃO

ANEXO 3

Uma *Linhas da Vida* com o tema saúde da mulher. Material utilizado nas oficinas das unidades de saúde do Estado do Rio de Janeiro.

Nesta unidade de saúde, você pode contar com os seguintes serviços:

- Consulta**
 - Você pode confirmar se está grávida ou não. Pode trazer suas queixas e acompanhar sua saúde durante a gravidez e o pós-parto.
- Exames de laboratório**
- Grupo de gestantes**
 - prepara para o parto e como cuidar do bebê.
- Vacinação**
 - para prevenir o tétano.
- Atendimento odontológico**
 - para cuidar dos dentes.
- Suplementação alimentar**
 - distribuição de leite ou outros alimentos.
- Orientação e encaminhamento para a maternidade**
- Orientação sobre seus direitos neste período:**
 - licença-maternidade – geralmente um mês antes e dois após o parto;
 - licença para amamentar – 15 dias a mais, por indicação médica;
 - auxílio-maternidade – 1 salário-mínimo, pago pelo INAMPS;
 - recebimento de alimentos – para as mães que estão amamentando;
 - creche – se no seu emprego tiver mais de 30 mulheres, de 15 a 49 anos.

A gravidez não acontece só na barriga da gente...



Sexualidade feminina

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SNPES/DINSAMI
PAISM – Programa de Assistência
Integral à Saúde da Mulher

Este livrinho é para você ler, pensar e conversar com suas amigas.

Escreva dizendo o que você achou. Sua opinião é muito importante para nós.

Endereço: DINSAMI – PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde
Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil
Esplanada dos Ministérios, Bl. G - Anexo A - S/105
CEP 70.058 – BRASÍLIA - DF

Publicações da PAISM:

Série: A gravidez não acontece só na barriga da gente...

- Venha fazer o pré-natal
- Sexualidade feminina
- Gravidez, parto e pós-parto
- Manual da coordenadora de grupos de gestantes.

Série: Planejamento Familiar – Conhecer para escolher melhor

- Vida de mulher – audiovisual
- Vida de mulher – impresso
- O corpo, a reprodução e os métodos de evitar filhos
- Folhetos sobre métodos de evitar filhos
- Manual do coordenador de grupos de planejamento familiar
- Folhetos para prevenção de câncer cérvico-uterino e da mama

linha da vida

Responsável pela produção – Ana Franklin

Criação e texto – Martha Zanetti

Ilustração – Flor Maria Opazo

Colaboração – Claudia Barcellos – Cristina Vianna – Eliana Taddei – Ana Costa – Madalena Guilhon

Agradecemos a todas as pessoas que leram, criticaram e testaram este trabalho pelo Brasil afora.

*Tudo começou quando
eu mesma nasci.*



*meu nome é _____
nasci no dia _____ na cidade _____
nasci de um parto _____*

É sua linha da vida?

Estou grávida!



1

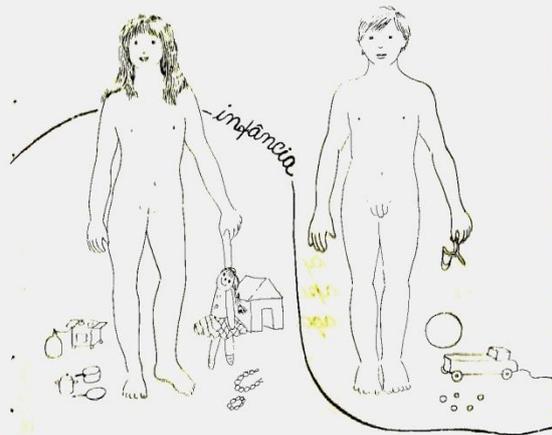
Sinto que meu corpo se transforma novamente...
Minha menopausa chegou. Já não posso
mais engravidar, mas posso, mesmo na
minha velhice,

trabalhar,
sonhar,
criar
e compartilhar



18

Nas brincadeiras com meninas
e meninos fui aprendendo a me ver
a tocar e mexer no outro.



Fui descobrindo o que temos
de igual e de diferente.

Quanto mais cresci, mais descobertas fiz.
Fui mexendo em todo o meu corpo,
descobrindo o prazer que ele podia me dar...

Chegou um tempo
em que me apaixonei.
Experimentei apertos,
beijos, abraços.

Ficara pensando
em como seria
a primeira relação...



Sair de casa agora não é fácil:

Sua mãe
vai trabalhar

Seria bom
ter uma
creche aqui



E agora como estou?



Fui amadurecendo, descobrindo
meu prazer e o do outro.
Fiquei menstruada. Agora todos os
meses vai sair sangue pela vagina.

Minha mãe falou:
Cuidado, você não é mais criança!

adolescência



Não isso,
não aquilo.

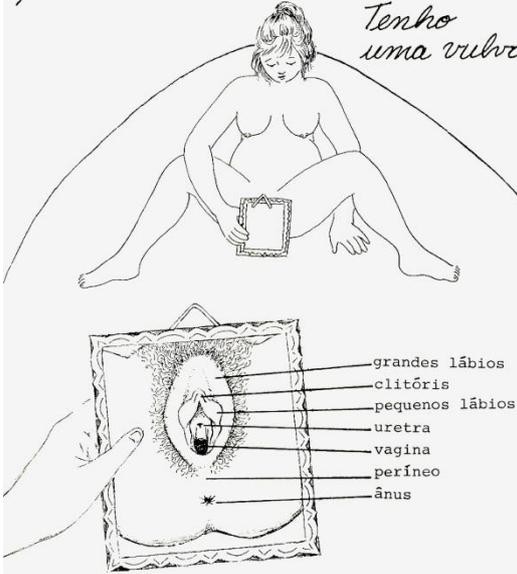


Só sei que fiquei mocinha.

Tenho um corpo que se transforma.

Sou uma mulher. Tenho um sexo feminino que eu nunca me atrevia a olhar.

Tenho uma vulva.



Não existe uma vulva igualzinha a outra.
 Cor, tamanho dos lábios e do clitóris, podem variar muito.
 O hímen é uma pele que existe na entrada da vagina.
 Existem vários tipos. Quando essa pele se rompe, não somos mais virgens.

6

Como minha mãe, agora eu também sou mãe.



Quando tive minhas primeiras relações sexuais, conversei muito com minhas amigas. Ouvi muitas histórias sobre nossas dificuldades em sentir prazer.

umas mulheres dizem que fazem sexo por obrigação, que não sentem nada, que fingem para os homens.

Outras gostam muito. Eu sinto que estou aprendendo...



O que é certo? O que é errado?
 Está tudo sempre mudando.
 Fale sobre isso com outras mulheres.
 Sentimos coisas parecidas.

10

Ser mãe, querer e não querer.

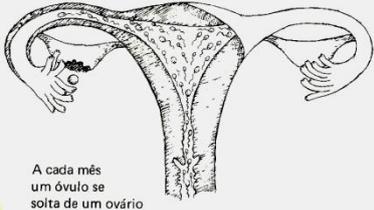


Como podemos evitar?

Como você faz para não engravidar?

Eu faço tabelinha e meu companheiro usa camisinha.

Aprendi como a gente engravida. É assim:



A cada mês um óvulo se soita de um ovário

Os espermatozoides que o homem deixa na vagina, quando temos uma relação sexual, sobem pelo útero à procura do óvulo.

O óvulo se chama ovo quando é fecundado.

A trompa se movimenta empurrando o ovo para o útero.

É aí que ele crescerá: embrião, feto, um bebê.

Procure se informar, se você não quer engravidar, qual o melhor jeito para você evitar.
Procure no seu Posto de Saúde os folhetos sobre métodos de evitar filhos.

Esta gravidez eu não perdi.

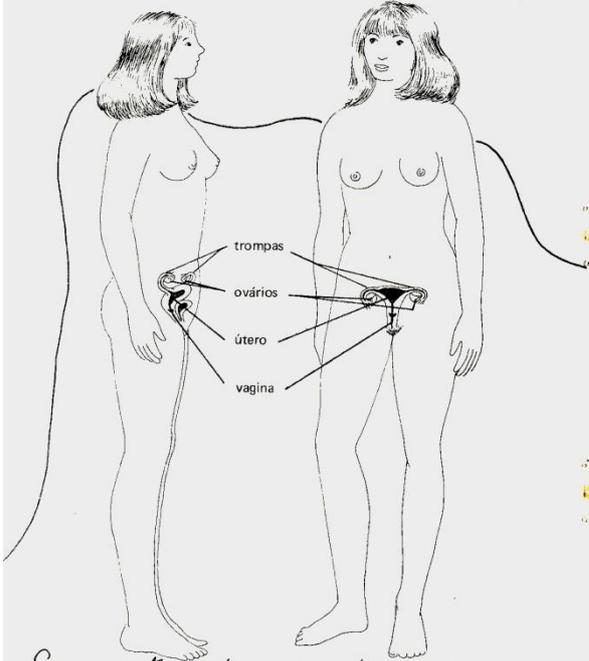
Eu e minhas amigas falamos sobre a perda da virgindade. Algumas contaram que perderam sangue, outras que sentiram dor, e com outras nada disso aconteceu. Um casaram virgens, outras não.

Tantas mudanças no meu corpo, nas coisas que estou sentindo...

Tantos modelos de mulher! Fico pensando que tipo de mulher quero ser... Talvez um pouco de cada uma...



Agora sei como as aberturas da minha vulva se comunicam com o interior do meu corpo.



Se a gente pudesse ver através do corpo, veria assim nossos órgãos de reprodução.

Uma vez engravidei e perdi. O médico me disse que foi um aborto espontâneo, o meu ovo não ficou no útero. Tenho uma amiga que teve uma gravidez nas trompas e também perdeu.

