

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO (EA)
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS (DCA)
COMISSÃO DE GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO (COMGRAD-ADM)
ESTÁGIO FINAL – ADM 01195**

**A CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE SEXUAL E
REPRODUTIVA NO BRASIL**

por

REGINA BEATRIZ DE ANDRADE VARGAS

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Administração

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosinha Machado Carrion

Porto Alegre

2008

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS
COMISSÃO DE GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

A CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

**Regina Beatriz de Andrade Vargas
Orientadora: Prof^ª Dr^ª Rosinha Machado Carrion**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Comissão de Graduação em Administração da Escola de Administração da UFRGS como quesito parcial para a obtenção de diploma de Administrador, ênfase em Administração Pública.

**Porto Alegre
2008**

A meus avós Atelma e Vivaldo, *in memoriam*, e a meus pais, Irica e Adel. Com eles aprendi a trilhar os caminhos do amor e da justiça.

AGRADECIMENTOS

À Professora Rosinha Carrion pelo apoio, estímulo constante e carinho com que me presenteou ao longo do curso. A oportunidade de ser sua aluna e compartilhar de seu conhecimento e experiência, de ser desafiada a tentar novos campos e novas perspectivas, qualificou minha passagem pela Escola de Administração.

Aos professores com quem tive o privilégio de conviver, especialmente os Professores Norberto Hoppen, Fernando Bins Luce, José Carlos Fiorioli, Antônio Carlos Gastaud Maçada, João Luiz Becker. Senti-me desafiada, em cada uma de suas disciplinas, a buscar o conhecimento e mostrar o resultado, que é a melhor forma de aprender.

Aos meus colegas de curso, que prefiro não nomear para não cometer injustiças. A receptividade e o carinho com que fui recebida entre estes e estas jovens da geração de meus filhos fez-me sentir entre iguais – jovem também e plena de energia – desfazendo os temores de quem retornava à universidade após um longo afastamento.

À equipe da ASSEPLA – Assessoria em Planejamento e Programação, da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre todos e todas pessoas muito especiais, com quem tive o prazer de interagir, em especial Marco Antônio Macerata, meu supervisor e desvendador dos caminhos do Planejasus; Sônia Beatriz Gutierrez, Elizabeth Lemos da Silveira e Luciano Ohlweiler, colegas da Equipe de Planejamento e Programação, *experts* em cativar estagiárias(os); Miriam Weber e Ruth de Ávila, do Programa de DSTs/Aids, generosas chefes, responsáveis por minha passagem pela SMS e pela equipe de planejamento e programação; Rosemary Canabarro e Márcia Hauck, da Coordenação da Saúde Bucal, com quem compartilhei espaço e angústias de que têm de vencer uma batalha por dia para garantir o acesso dos cidadãos de Porto Alegre à saúde bucal; Luciane Rampanelli Franco, Soraia Schmidt e Lurdes Toazza Tura, da equipe de Saúde da Mulher, que enfrentam o desafio de transformar em política e levar às mulheres do povo os avanços alcançados em termos de equidade e de direitos no âmbito internacional e nacional.

Por fim, à família, sempre presente e sempre parceira mesmo na distância – a meus filhos, Carolina, Pedro e Liana, a meus pais, Adel e Irica, a meus irmãos Adel, Rosely e Marco Antônio.

RESUMO

Duas linhas mestras conduzem este estudo exploratório de abordagem qualitativa: 1) a formulação de políticas públicas na área da saúde da mulher, especialmente no campo da saúde sexual e reprodutiva, como base para o desenvolvimento sustentável; e 2) a participação social na formulação e implementação das políticas, princípio norteador do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com o objetivo de identificar quem são os atores envolvidos na formulação, na implementação e no controle social das políticas de saúde sexual e reprodutiva das mulheres no Brasil, quais suas respectivas propostas e de que mecanismos se utilizam, o estudo apóia-se em uma revisão bibliográfica visando sistematizar os conceitos relevantes na área da saúde sexual e reprodutiva, recuperar o processo histórico de formulação destes conceitos e verificar sua integração ou não às políticas de saúde no Brasil, particularmente pós constituição do SUS – Sistema Único de Saúde. Uma pesquisa documental complementa a revisão da literatura na busca de identificar os mecanismos de que se valem os atores envolvidos na formulação, implementação e controle social das referidas políticas e o efetivo funcionamento daqueles mecanismos.

Do estudo, inferimos que a formulação e a implementação das políticas na área da saúde sexual e reprodutiva no Brasil está fortemente associada ao papel de atores externos à estrutura instituída do Sistema Único de Saúde e, ademais, que os mecanismos de participação social oficialmente instituídos não têm sido eficazes para garantir uma gestão efetivamente democrática das políticas de saúde de modo amplo. A pesquisa proporcionou, além disso, um resultado não esperado e, para a autora, surpreendente: que a própria criação do SUS, orientado por princípios de universalidade e de participação social, tem forte influência de atores externos, a despeito do crédito reiteradamente atribuído ao movimento nacional pela democratização do país e pela reforma sanitária.

Palavras chave: política pública, política de gênero, saúde pública, saúde da mulher, saúde sexual, saúde reprodutiva, direitos sexuais e direitos reprodutivos, evolução do conceito de saúde, desenvolvimento e gênero.

ABSTRACT

This work, characterized as a qualitative exploratory research, is driven by two main subjects: 1) the formulation of public policies on women's health, particularly in the field of sexual and reproductive health, as a basis of sustainable development; and 2) social participation in public policies' making and implementation, a guiding principle of the Brazilian Unified Health System (SUS – Sistema Único de Saúde).

Aiming at identifying: who are the agents involved in the formulation, implementation and supervision of public policies involving women's sexual and reproductive health; what are their respective proposals; and what mechanisms they resort to, the study relies on literature review with the purpose of systematizing the relevant concepts in the area of sexual and reproductive health, retrieving the historical process of formulation of these concepts and verifying their incorporation or not to the health policies in Brazil, especially after the creation of SUS. A documental research supplements the literature review looking for identifying the mechanisms used by the agents involved in the formulation, implementation and supervision of the referred policies and their efficacy.

It was possible to infer from the research that the formulation and implementation of policies in the area of sexual and reproductive health in Brazil are strongly connected to the role of agents who are external to the structure of SUS and, furthermore, that the official mechanisms for social participation have not been effective for ensuring a truly democratic decision making in the health policies generally. The research also provided an unexpected (and for the author surprising) outcome: a token that even the creation of SUS, guided by the principles of universal access and social participation, is strongly influenced by external agents, in spite of the credit repeatedly ascribed to the national movement for democratization of the country and for the sanitary reform.

Key words: public policy, gender policy, public health, women's health, sexual health, reproductive health, sexual rights and reproductive rights, health concept evolution, gender and development.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRASCO	- Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
CEBES	- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEDAW	- Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women
CIPD	- Conferência Internacional de População e Desenvolvimento
CISMU	- Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
CONASS	- Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
ECOSOC	- United Nations Economic and Social Council
IMS/ UERJ	- Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
MS	- Ministério da Saúde
OIT	- Organização Internacional do Trabalho
OMS	- Organização Mundial de Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM	- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
SUS	- Sistema Único de Saúde
UNESCO	- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
WCED	- United Nations World Commission on Environment and Development
WHO	- World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	OBJETIVOS	13
3	RECURSOS METODOLÓGICOS	14
4	A INTERSECÇÃO GÊNERO – DESENVOLVIMENTO – SAÚDE DA MULHER	15
4.1	CONCEITOS RELEVANTES EM GÊNERO E SAÚDE	16
4.2	POR QUE GÊNERO?	19
4.3	GÊNERO UMA CATEGORIA ÚTIL DE ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO	20
4.4	DESENVOLVIMENTO E GÊNERO	23
4.5	OS MARCOS INTERNACIONAIS DA EQUIDADE DE GÊNERO	25
4.6	EVOLUÇÃO DOS CONCEITOS DE SAÚDE E DE SAÚDE PÚBLICA	29
4.7	CONSTRUINDO NOVOS CONCEITOS: SAÚDE DA MULHER E SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA	36
4.8	OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO	39
4.9	DESIGUALDADES DE GÊNERO COMO OBSTÁCULOS À SAÚDE INTEGRAL E AO DESENVOLVIMENTO	40
4.9.1	FEMINIZAÇÃO DA POBREZA	41
4.9.2	VIOLÊNCIA DE GÊNERO	43
4.9.3	VIOLÊNCIA SEXUAL	45
5	CONTEXTO DO ESTUDO	47
5.1	GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL	47
5.2	MULHERES E SAÚDE: O PAISM	50
5.2.1	ENTRE TEORIA E PRÁTICA, UM ABISMO!	51
5.3	A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A LÓGICA PARTICIPATIVA	54
5.3.1	AS INSTÂNCIAS INSTITUÍDAS DE CONTROLE SOCIAL DA SAÚDE	56
5.3.2	O MODELO DE GESTÃO DO SUS	61
5.4	OUTROS ATORES RELEVANTES	64
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
	REFERÊNCIAS	69

1 INTRODUÇÃO

Duas linhas mestras conduzem este estudo exploratório de abordagem qualitativa: 1) a formulação de políticas públicas na área da saúde da mulher, especialmente no campo da saúde sexual e reprodutiva, como base para o desenvolvimento sustentável; e 2) a participação social na formulação e implementação das políticas, princípio norteador do Sistema Único de Saúde (SUS).

A condição social das mulheres, historicamente apartadas das instâncias de instituição e de exercício do poder, justifica a necessidade de políticas públicas que atentem para suas necessidades específicas e para a produção de espaços da participação social e política que conduzam à reversão desse quadro histórico. Apesar dos visíveis avanços alcançados nas últimas décadas em termos de conquista do espaço público e de acesso a oportunidades de educação e trabalho, as mulheres ainda não lograram a condição de igualdade social. Antes, assumem crescentemente o ônus da relativa igualdade conquistada: vem se ampliando consideravelmente o número de mulheres provedoras de suas famílias (IBGE, 2006), responsabilidade que acumulam com as tradicionais tarefas domésticas e de cuidado dos filhos, cuja divisão permanece extremamente desigual no Brasil. O crescimento das responsabilidades, no entanto, não está acompanhado de retribuição equitativa e tampouco de autonomia para decidir sobre a própria vida e o próprio corpo. Impõe-se o Estado sobre a saúde reprodutiva das brasileiras, condenando-as a ter filhos que não planejaram e não desejam, e pesa sobre uma parcela expressiva delas a violência por parte dos parceiros íntimos, que também lhes rouba autonomia e impõe riscos à saúde física e mental e, mesmo, à própria vida.

A relação entre desenvolvimento e políticas de saúde sexual e reprodutiva das populações já foi evidenciada no âmbito internacional através de estudos e dos foros internacionais de debate e formulação de políticas organizados pelas Nações Unidas. Desde a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) realizada no Cairo em 1994, estabeleceu-se um consenso sobre a importância destas políticas, bem como da promoção da equidade de gênero, entre outros fatores, para o alcance do desenvolvimento sustentável. A referida conferência e o Programa de Ação que dela resultou, também chamado “Consenso do Cairo”, caracterizaram-se por uma inflexão na abordagem do “problema populacional” – de uma perspectiva até então puramente econômica e ideológica para uma visão da reprodução humana a partir dos marcos da saúde e dos direitos humanos (CORRÊA *et al.*, 2006). Pela primeira vez, a saúde sexual e reprodutiva e os *direitos reprodutivos* das mulheres ocupam um lugar central em um acordo

internacional sobre população. Para chegar a este consenso, um longo caminho for percorrido pelo movimento feminista.

A questão da saúde sexual e reprodutiva, a despeito de reconhecimento conquistado no Cairo, se depara ainda com obstáculos gigantescos na implementação das políticas. Obstáculos estes que dizem respeito, de um lado, a processos culturais patriarcais que insistem em negar às mulheres autonomia sobre o próprio corpo, e de outro, à intervenção de diversos atores nos processos supostamente democráticos de definição e implementação das políticas nesta área.

Bem poucos estudos têm sido desenvolvidos no Brasil que relacionem saúde sexual e reprodutiva ao processo de formulação de políticas e de controle social da saúde. Estudos referidos à saúde sexual e reprodutiva têm explorado, de um modo geral, as implicações da violência sexual e da violência doméstica contra as mulheres, a gravidez na adolescência *vis-à-vis* as políticas de educação sexual, a incidência do HIV/Aids ou de outras patologias específicas.

De outra parte, o papel da participação social no desenho e especialmente no controle social das políticas públicas tem merecido na última década uma profusão de estudos no Brasil; o que, como levanta Soares (2008: 13) em relação aos conselhos de saúde, suscita a questão de por quê tais instâncias estariam reiteradamente sob discussão e tendo sempre os mesmos problemas apontados.

O SUS tem suas origens na mobilização social iniciada na década de 1970, no movimento de luta contra a ditadura que envolvia profissionais da saúde, universidades e setores organizados da sociedade civil (ABRASCO e CEBES, por exemplo) e que tinha por lema *Democracia e Saúde* Legitimada em 1986, com a VIII Conferência Nacional de Saúde, a proposta do SUS nasce com a Constituição Federal de 1988 e ganha concretude em 1990, com a Lei Nº 8.080 que o regulamenta e que estabelece a participação da comunidade em sua gestão, como uma das diretrizes que orientam o sistema. As políticas de saúde da mulher têm um marco nacional anterior, o PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde das Mulheres, criado em 1983 pelo Ministério da Saúde e em boa parte também influenciado pelo movimento social – as organizações feministas e de direitos das mulheres.

É sobre este pano de fundo – uma estrutura de gestão pública nascida da mobilização social e que contempla mecanismos de participação popular em plena vigência; um marco internacional que estabelece diretrizes aos países signatários para a implementação de políticas que promovam a equidade de gênero e garantam às mulheres autonomia e agência sobre sua saúde sexual e reprodutiva; e uma realidade que persiste em se contrapor a estas normativas – que esta pesquisa se desenvolve. Ela busca, através de revisão bibliográfica e pesquisa documental,

identificar como se dá o processo de formulação e de controle social das políticas de saúde e, em particular, quem são os atores implicados na formulação, implementação e controle social das políticas voltadas à saúde sexual e reprodutiva das mulheres no Brasil.

Porto Alegre, junho de 2008.

1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

A atenção à saúde sexual e reprodutiva das populações, considerada sob a perspectiva dos direitos humanos (neste campo, expressos como direitos sexuais e direitos reprodutivos) e da igualdade de gênero, ganhou reconhecimento internacional como prioridade das políticas de desenvolvimento a partir da CIPD (ONU – Cairo, 1994). As Metas de Desenvolvimento do Milênio, compromisso assumido por todos os Estados membros das Nações Unidas, incluem a melhoria das condições de igualdade entre mulheres e homens e a promoção da autonomia da mulher como uma das oito metas a serem perseguidas pelas nações.

As políticas de atenção à saúde das mulheres, no Brasil como em muitas outras partes do mundo, quando existiam estiveram sempre reduzidas a políticas de atenção materno-infantil. O surgimento do PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde das Mulheres em 1983, em boa parte impulsionado pelo movimento organizado de mulheres, significou um rompimento com esta abordagem ao enunciar uma política de “saúde integral da mulher”. Tal política compreende um novo conceito de atenção à saúde que tem nas mulheres não mais “objetos reprodutivos” das ações de saúde materno-infantil e sim sujeitos ativos no cuidado de sua saúde, em todos os ciclos da vida, e para quem a reprodução é um direito e não dever ou desígnio (VILLELA, 2002). No entanto, embora sua concepção suponha avanços significativos, a efetiva implementação do PAISM ainda constitui um *vir a ser*.

Por sua vez, a criação do SUS – Sistema Único de Saúde, na Constituição Federal de 1988, buscou corrigir as deficiências e fragilidades do sistema de saúde até então vigente, estabelecendo mecanismos internos de controle social da gestão da saúde, de modo a garantir a participação social em todas as etapas de planejamento e implementação das políticas desta área.

No âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos, tanto a construção de marcos legais específicos, como a implementação de políticas públicas que contemplem a perspectiva do Cairo e encarem a mulher como sujeito de direitos e agente de sua própria saúde reprodutiva e sexual, encontram no Brasil obstáculos consideráveis ancorados, de um lado, na cultura patriarcal ainda arraigada em nossa sociedade e em dogmas religiosos que, a despeito de um suposto Estado laico e da liberdade de culto expressos na Constituição, se pretendem impor universalmente. De outro, na relativa ineficácia dos mecanismos instituídos de participação social frente às práticas dos diversos atores tanto internos como externos ao Sistema Único de Saúde.

Se do ponto de vista de sua concepção teórica o SUS pode ser considerado um sistema exemplar de gestão pública participativa, na prática sua operacionalidade se embate com inúmeras dificuldades e contradições oriundas em parte do perfil e posturas dos atores integrantes das diversas instâncias de controle social e, de outra parte, da continuidade de práticas pouco democráticas, avessas à transparência e clientelistas na administração pública.

Em vista deste contexto, e tendo como foco de análise as políticas voltadas à saúde sexual e reprodutiva, pretendemos neste estudo encontrar respostas para duas questões principais:

- Quem são os atores hoje envolvidos na formulação, na implementação e no controle social das políticas de atenção à saúde sexual e reprodutiva no Brasil?
- Quais são suas propostas?

Acreditamos que as respostas a estas questões poderão, de um lado, contribuir para um debate em torno da necessidade de uma discussão pública ampla sobre as políticas de saúde sexual e reprodutiva no Brasil e, de outro, lançar uma nova luz sobre os mecanismos de participação e controle social das políticas e sobre a qualidade das interações entre os atores internos e externos às instâncias instituídas.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar os atores envolvidos na formulação, na implementação e no controle social das políticas de saúde sexual e reprodutiva das mulheres no Brasil e suas respectivas propostas, bem como os mecanismos instituídos para a formulação e o controle social da saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar o processo histórico de formulação dos conceitos de saúde e de saúde sexual e reprodutiva.
- b) Caracterizar os mecanismos democrático-participativos instituídos para a formulação e implementação das políticas de saúde, em particular da saúde das mulheres.
- c) Identificar como se dão na prática os processos de formulação das políticas na área da saúde sexual e reprodutiva das mulheres, nas diversas esferas de governança da saúde, quem são os atores envolvidos nesta formulação e suas respectivas propostas.

3 RECURSOS METODOLÓGICOS

O presente estudo adota a metodologia qualitativa, própria das pesquisas em ciências humanas. Esta metodologia, como afirma Chizzotti (1995: 79) parte do pressuposto de que “*há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito*”; “*o sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos atribuindo-lhes um significado*”.

Do ponto de vista de seus objetivos, a pesquisa se caracteriza como um estudo exploratório que, conforme Gil (1994: 44-45) visa a “*desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, com vistas à formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores*”. De fato, o objetivo perseguido no trabalho exploratório que ora realizamos é o de esclarecer os processos relacionados com a formulação de políticas voltadas à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, bem como identificar a forma como se constroem estas políticas e quem são os atores implicados na sua construção, à luz dos marcos normativos da saúde da mulher e da gestão democrática participativa. A pesquisa busca lastrear estudos futuros sobre a participação social na formulação das políticas de saúde sexual e reprodutiva.

Para o desenvolvimento do trabalho, utilizamos os seguintes procedimentos metodológicos: revisão bibliográfica, síntese dos conceitos relevantes, revisão histórica da instituição do SUS, pesquisa de legislação aplicável, pesquisa documental (atas de reuniões de Conselhos de Saúde, representações judiciais) e pesquisa na Internet sobre eventos relacionados à saúde sexual e reprodutiva das mulheres.

De posse desse ferramental, buscamos descrever os mecanismos, fatos e atores associados à posta em prática das políticas de saúde sexual e reprodutiva e da gestão participativa, com vistas a esclarecer relações e conexões existentes neste contexto.

4 A INTERSECÇÃO GÊNERO – DESENVOLVIMENTO – SAÚDE DA MULHER

Data da década de 1970 o reconhecimento por parte das Nações Unidas e das agências de cooperação internacional de que a ajuda para o desenvolvimento das nações do chamado Terceiro Mundo não poderia continuar negligenciando as brutais desigualdades de gênero que marcavam os países receptores e de que era preciso atentar para as necessidades especiais das mulheres ao se desenharem programas de cooperação. Este reconhecimento resultava em parte do evidente fracasso dos programas até então implementados e em parte do esforço persistente do movimento de mulheres, desde os primórdios da Liga das Nações, para a construção de marcos legais internacionais que assegurassem a igualdade de direitos e oportunidades para as mulheres em todo o mundo (ALBA, 2000; ÇAĞATAY, 2001; PIETILÄ, 2004).

Por outro lado, o próprio conceito de desenvolvimento passou por transformações significativas desde as primeiras articulações, no pós-guerra, no sentido de mobilizar ajuda internacional para induzir desenvolvimento nos países pobres. Da noção dura original, focada exclusivamente no desenvolvimento econômico entendido como aumento do Produto Interno Bruto (PNB) e da renda *per capita*, ao conceito ampliado de desenvolvimento humano, que para além da renda coloca o foco na qualidade de vida e nas capacidades/oportunidades do ser humano de escolher a vida que valoriza (NUSSBAUM, 1996, 2003; SEN, 1979; 2000; UL HAQ, 2003), o desenvolvimento continua sendo objeto de perspectivas variadas e de muito debate – inclusive colocando em questão a própria conveniência do desenvolvimento para algumas sociedades (MEIER, 2004; SZIRMAI, 2004).

O fomento ao desenvolvimento por parte das agências e organismos internacionais passa a adotar, a partir da década de 1990, o conceito de desenvolvimento humano e a abordagem de direitos fundada no respeito aos marcos legais internacionais de direitos humanos (ABRAMOVICH, 2006; SACHS, 1998). Tal abordagem parte do princípio de que, para conferir poder aos setores excluídos, é preciso primeiramente reconhecer que os indivíduos são *titulares de direitos* que *obrigam* o Estado. Nesta perspectiva há uma reversão da lógica na elaboração de políticas – em vez de pessoas com necessidades que precisam ser assistidas, tem-se *sujeitos de direitos* que *demandam* determinados serviços e condutas.

Pesquisas realizadas nas décadas de 1980 e 1990 lograram demonstrar que as relações de gênero desempenham um papel fundamental no processo de desenvolvimento – a análise das políticas de ajuste estrutural e estabilização, por exemplo, evidenciaram que as desigualdades de

gênero afetam o alcance dos objetivos macroeconômicos (ALBA, 2000). Destas evidências resultou um crescente interesse pelas relações de gênero e um novo entendimento sobre o que deve ser e como promover o desenvolvimento. Mais do que gerar oportunidades para que as pessoas possam alcançar meios de vida sustentáveis, o processo de desenvolvimento exige um ambiente propício para que mulheres e homens possam, em iguais condições, aproveitar tais oportunidades. Embora desigualdades de gênero estejam presentes em maior ou menor escala em todos os lugares do mundo, é nos países do hoje chamado “mundo em desenvolvimento” que elas mostram suas facetas mais dramáticas, negando às mulheres autonomia e *liberdades substantivas* que lhes possibilitem igual acesso a oportunidades para alcançar a vida que valorizam (NUSBAUM, 1996, 2003; SEN, 1979, 2000a, 2001).

Assim, nas últimas décadas, ao esforço histórico do movimento feminista para construir marcos legais internacionais de garantia dos direitos das mulheres, veio somar-se a ênfase das agências de cooperação internacional no estímulo ao estabelecimento de políticas para a equidade de gênero como condição para o recebimento de ajuda ao desenvolvimento. Em especial, ênfase tem sido colocada nos processos participativos de construção das políticas e no “empoderamento” dos grupos sociais alvos destas políticas de modo a constituírem-se, eles mesmos, também em agentes das mesmas. Nesta perspectiva, políticas de gênero e políticas para as mulheres vêm sendo implementadas pelos governos dos países em desenvolvimento, em suas várias instâncias (municipal, estadual e nacional). Boa parte delas, no entanto, com resultados pífios no sentido de promover uma mudança cultural e a efetiva garantia das liberdades fundamentais e da igualdade de direitos para as mulheres, como evidenciam as estatísticas e diversos estudos recentes no âmbito da violência doméstica contra a mulher, da saúde sexual e reprodutiva das mulheres e das iniquidades de gênero¹.

4.1 CONCEITOS RELEVANTES EM GÊNERO E SAÚDE

Para bem entender e analisar as questões de gênero que perpassam uma sociedade e sermos capazes de integrar as necessidades e interesses específicos das mulheres aos programas e políticas públicas, torna-se imprescindível compreender os conceitos e idéias que embasam estas questões. Conceitos como feminismo, análise de gênero, transversalidade de gênero, direitos sexuais e direitos reprodutivos, que se tornaram parte do jargão dos debates sobre

¹ Ver, por exemplo, Durand (2005); UNIFEM (2006)

desenvolvimento, precisam ser corretamente apropriados por aqueles que desenham as políticas, se quisermos que estas tenham alguma possibilidade de eficácia.

Neste sentido, visando a fundamentar a análise proposta neste estudo, apresentamos no quadro abaixo descrição breve de alguns conceitos relevantes ao tema em foco nesta seção, qual seja, o da conexão entre desenvolvimento e políticas públicas para mulheres.

Quadro 1

Análise de Gênero	A coleta e exame sistemáticos sobre disparidades de gênero e relações sociais, com o objetivo de identificar, conhecer e reparar desigualdades fundadas em gênero.
Direitos Humanos das Mulheres	O reconhecimento de que os direitos das mulheres são direitos humanos e de que as mulheres sofrem injustiças pelo simples fato de serem mulheres.
Direitos Reprodutivos	Direitos reprodutivos fundamentam-se na autonomia de decidir sobre quando, e se, procriar. No âmbito do Estado, estes direitos implicam a obrigação de prover os meios e informação adequados a esta tomada de decisão pelos casais e a proibição de impor medidas controlistas ou natalistas. No âmbito privado, o respeito aos direitos reprodutivos significa que ninguém será obrigada, por consorte, por familiares ou por outros atores da rede comunitária, a engravidar, a usar métodos contraceptivos, a não abortar ou a realizar um aborto forçado.
Direitos Sexuais	O conceito de direitos sexuais é de formulação mais recente, ainda em processo, envolvendo grande complexidade, uma vez que levanta questões no campo das identidades e implicam ingerência do Estado sobre uma esfera íntima da vida humana. De uma maneira geral, a concepção de direitos sexuais busca uma ruptura com a visão biodeterminista das esferas da saúde sexual e reprodutiva e diz respeito à garantia da autonomia de homens e mulheres para exercerem sua opção sexual com segurança, dignidade e respeito.
Discriminação de Gênero	O sistemático tratamento desfavorável dispensado a pessoas, com base no seu gênero, negando-lhes direitos e/ou acesso a recursos e oportunidades.
Divisão domiciliar da renda	A dinâmica através da qual os diversos recursos gerados no domicílio ou que nele ingressam são acessados e controlados por seus membros.
Divisão Sexual do Trabalho	As noções e práticas socialmente determinadas que definem quais papéis e atividades são consideradas adequadas para mulheres e homens.
Empoderamento das mulheres	Processo ascendente de transformação das relações de poder entre gêneros, através da conscientização de indivíduos ou grupos a respeito do papel de subordinação das mulheres e da capacitação das mesmas para questionar isto.
Equidade e Igualdade de Gênero	Igualdade de gênero pressupõe que as mulheres possuem, ao longo da vida, as mesmas oportunidades que os homens, inclusive de participar da esfera pública. Equidade de gênero significa equivalência de situações de vida para mulheres e homens, pelo reconhecimento de que elas e eles têm diferentes necessidades e diferentes interesses, e pela exigência de uma redistribuição de recursos e poderes.
Feminismo	Conjunto de idéias políticas, filosóficas e sociais que procuram promover os direitos e interesses das mulheres na sociedade. Movimento político que busca conquistar a equidade entre os sexos. Assume várias tendências, entre as quais destacam-se o <i>feminismo liberal</i> e o <i>feminismo radical</i> .
Feminismo Liberal	Corrente feminista que se apóia em uma política liberal para a solução das iniquidades que afetam as mulheres em todo o mundo, ou seja, na reforma das leis visando conferir igualdade formal a mulheres e homens. Esta corrente não coloca em questão o sistema capitalista e suas formas de exploração.

Feminismo Radical	Corrente que radicaliza o feminismo liberal, incorporando o pensamento de esquerda. As feministas desta corrente identificam as similitudes entre as discriminações de gênero, de raça e de classe que atravessam as sociedades. Encontrando-se discriminadas mesmo no seio do movimento socialista, desenvolvem o conceito de <i>patriarcado</i> como um sistema de dominação sobre o qual se constroem todas as demais diferenças.
Formação em Gênero	Um processo orientado de sensibilização e capacitação para questões de gênero, com o objetivo de promover mudanças pessoais ou organizacionais em direção à igualdade de gênero.
Justiça social	O acesso justo e equitativo como um direito de todos aos resultados do desenvolvimento, através de processos de transformação social.
Necessidades de Gênero	As necessidades compartilhadas e priorizadas pelas mulheres que emergem de sua experiência comum enquanto pessoas do gênero feminino.
Planejamento de Gênero	Os processos e procedimentos técnicos e políticos necessários à implementação de uma política com enfoque de gênero.
Políticas para as Mulheres	Órgãos e políticas criados pelos governos com o objetivo de promover as condições de vida das mulheres e de integrar os interesses/ necessidades de gênero às políticas e ao planejamento do desenvolvimento.
Relações de Gênero	Relações hierárquicas de poder entre homens e mulheres que operam com desvantagem para as mulheres.
Saúde	Estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.
Saúde reprodutiva	Capacidade de uma pessoa de manter uma vida sexual responsável, satisfatória e segura, bem como de ter condições de reproduzir e liberdade para decidir se, como e com que frequência fazê-lo.
Saúde sexual	Estado de bem-estar físico, emocional e mental em relação à sexualidade; não meramente a ausência de doença, disfunção ou enfermidade. A saúde sexual requer uma abordagem positiva e respeitosa da sexualidade e das relações sexuais, assim como a possibilidade de manter experiências sexuais prazerosas e seguras, livres de coerção, de discriminação e de violência. Para se alcançar e manter a saúde sexual, é preciso que os direitos sexuais de todas as pessoas sejam respeitados, protegidos e exercidos.
Sexo e gênero	Sexo se refere às características biológicas que definem um indivíduo como macho ou fêmea. Gênero diz respeito às concepções e práticas socialmente construídas sobre o que é tido como masculino ou feminino.
Sexualidade	Aspecto central de toda a vida humana, compreende a vida sexual, as identidades e papéis de gênero, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a vida íntima e a reprodução. A sexualidade é expressa e experimentada em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações. Enquanto a sexualidade pode incluir todas estas dimensões, nem todas são sempre expressas ou experimentadas. A sexualidade é determinada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais.
Transversalidade de Gênero	Uma estratégia organizacional para introduzir a perspectiva de gênero em todos os aspectos das políticas e atividades de uma instituição, através da capacitação e do registro de gênero.
Violência de Gênero	Qualquer ato ou ameaça feita por homens ou por instituições de dominação masculina que inflija dano físico, sexual ou psicológico a uma mulher ou menina em razão de seu gênero.

Fonte: Adaptado pela autora de Reeves e Baden (2000) com acréscimos baseados em Espínola (2004), Cavenaghi (2006) e WHO: www.who.int.

4.2 POR QUE GÊNERO?

Conforme aponta Reddock (2000), o interesse sobre o conceito de gênero surge a partir do momento em que teóricas feministas buscam compreender as complexidades que envolvem a subordinação da mulher. Os estudos feministas apontam uma sistemática desconsideração por parte da tradição acadêmica ocidental da produção das mulheres no campo do conhecimento, conceitos, teorias e metodologias de pesquisa. Declarando-se científica, a produção acadêmica tradicional incorporou pressupostos “míticos” sobre as capacidades de homens e mulheres, sobre a divisão sexual do trabalho nos primórdios da história humana e, conseqüentemente, sobre o lugar da mulher na sociedade contemporânea. Tais pressupostos e valores estenderam-se às sociedades não ocidentais e influenciaram decisivamente as relações entre os sexos. Boa parte do entendimento que temos do mundo, de nossas sociedades e de nós mesmas, repousam sobre teorias e conhecimentos gerados histórica e predominantemente por homens de determinadas nacionalidades e classe social. A tradição do saber e da teorização de dominação masculina, geralmente associada a uma cultura específica, resultou, de um modo geral, da exclusão das mulheres e de outros grupos sociais do processo formal de produção do conhecimento. Tais teorias assim produzidas, quando aplicadas à pesquisa, às políticas e às iniciativas, não só ignoram as contribuições das mulheres em todas as esferas de atividades, como também desconsideram questões e aspectos que são relevantes para as mulheres (BAYLEY et al., 2000).

Reddock assinala que a palavra *gênero*, assim como a *desenvolvimento*, teve o seu significado ampliado pelas teóricas feministas e aponta uma oficina sobre a Subordinação da Mulher realizada em 1976 na Universidade de Sussex (Inglaterra) como uma das primeiras ocasiões em que o termo *gênero* foi utilizado na teoria feminista. O novo significado atribuído à palavra busca estabelecer a diferença entre as características biológicas que determinam o sexo – macho e fêmea – e aquelas social e culturalmente construídas que determinam as concepções de masculinidade e feminilidade e, também, a situação de subordinação das mulheres na sociedade. Com a separação destes conceitos, visava-se evidenciar que, ao passo que as características biológicas são fixas, universais – posto que são as mesmas para mulheres e homens em qualquer sociedade humana – e imutáveis, aquilo que é social é passível de transformação e deveria ser o foco de atenção das(os) teóricas(os) do feminismo.

Mais recentemente, o conceito de *gênero* passou a ser utilizado, assim como os de *raça* ou *etnicidade* e de *classe*, para designar uma categoria social de análise, a qual interage com outros fatores sociais afetando a vida de indivíduos e grupos.

Young (1988, *apud* REDDOCK, 2000) chama a atenção para o fato de que, ironicamente, o termo *gênero*, apropriado pelas feministas como forma de romper com os referentes biológicos associados à palavra *sexo*, passa em determinado momento a ser virtualmente um sinônimo desta última palavra. E enfatiza o significado ampliado do termo, de que as identidades sociais básicas de homens e mulheres são socialmente construídas e que, ademais, se pode falar de sociedades em que existem mais de dois gêneros (estudos antropológicos dão conta de várias), bem como de diferenças históricas nas concepções de masculinidade e feminilidade em uma dada sociedade.

4.3 GÊNERO UMA CATEGORIA ÚTIL DE ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO

'It is impossible to realize our goals while discriminating against half the human race' (Kofi Annan, 2006)

A bem de compreendermos a relação estabelecida entre desenvolvimento e gênero, convém inicialmente discorrer sobre o conceito de gênero, suas origens e implicações sobre as políticas públicas.

Como vimos acima, o termo 'gênero' foi incorporado pelo movimento feminista, a partir da década de 1970. Joan Scott, em seu ensaio que inspira o título desta seção (1986: 1054), ensina que a apropriação do termo tinha por objetivo enfatizar “a qualidade fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo”, sinalizando uma rejeição ao determinismo biológico que estava implícito no uso de termos como “sexo” e “diferença sexual”. Além disto, as teóricas dos estudos feministas buscavam também com a introdução deste novo conceito marcar o caráter relacional das “definições normativas de feminilidade” (*idem, op.cit.*), pois viam os estudos feministas muito centrados exclusivamente sobre as mulheres, quando, no parecer destas estudiosas, mulheres e homens eram definidos em termos recíprocos, o que tornaria inviável a compreensão plena de uma dessas partes através de um estudo inteiramente dissociado da outra.

A teoria de gênero nasce também da necessidade identificada pelo movimento feminista de transcender o plano político, marcado pela luta e conquistas históricas, e aprofundar-se no plano ideológico, introduzindo novos paradigmas e novos critérios ao trabalho científico, através da inserção da mulher e do gênero como categoria de análise, especialmente de análise histórica. (SCOTT, 1986; ESPÍNOLA, 2004). Nas origens desta teoria encontramos os trabalhos da antropóloga Margaret Mead, a partir de 1928, cujas pesquisas junto a nativos das ilhas de Samoa e de outras três sociedades primitivas evidenciaram o papel da cultura e dos referentes sociais,

econômicos e políticos sobre a atitude dos indivíduos e a definição dos papéis considerados femininos e masculinos. Simone de Beauvoir é outro nome marcante no campo dos estudos feministas que, a partir da filosofia existencialista e de sua obra *O Segundo Sexo*, escrita em 1949, aportou ao movimento conceitos chave para a reflexão e consolidação da teoria de gênero, abrindo os caminhos para a teorização relativa às desigualdades construídas com base nas diferenças entre os sexos. Em sua obra seminal, que abre com uma citação de Pitágoras: “*Existe un principio bueno que ha creado el orden, la luz y el hombre, y un principio malo que ha creado el caos, las tinieblas y la mujer*”, Beauvoir (1998: 7) evidencia – a partir de uma análise que inicia pela situação da mulher vista da perspectiva da filosofia existencialista, passando pelas circunstâncias biológicas e psicanalíticas, pela história, pelos discursos científico, religioso e literário produzidos pelos homens e perpetuadores da opressão sobre as mulheres e, finalmente, pelos mitos daí resultantes – que o feminino não é mais do que um construto social, criado e reforçado pelo discurso patriarcal dominante. Em seu resgate histórico da construção do feminino, Simone de Beauvoir (1998: 9) observa que “[l]a Humanidad es macho, y el hombre define a la mujer no en sí misma, sino con relación a él; no la considera como un ser autónomo”. A autora afirma que não existe uma essência feminina – é a sociedade que, por meio da cultura patriarcal e de suas instituições, define o que serão os atributos “masculinos” e “femininos”. Nas palavras da filósofa:

No se nace mujer: se llega a serlo. Ningún destino biológico, psíquico o económico define la figura que reviste en el seno de la sociedad la hembra humana; es el conjunto de la civilización el que elabora ese producto intermedio entre el macho y el castrado al que se califica de femenino. Únicamente la mediación de otro puede constituir a un individuo como un Otro (BEAUVOIR, 1998: 109).

A condição de “alteridade” da mulher, do feminino, decorre de sua construção cultural em oposição ao homem, o masculino, tido como “o único essencial” que desconsidera qualquer relação de reciprocidade com seu correlativo, “a outra”. Beauvoir se propõe então, em *O Segundo Sexo*, a buscar as origens da submissão da mulher a esta perspectiva.

Segundo Scott (1986: 1055-56), as pesquisadoras feministas consideravam que inscrever as mulheres na história implicaria necessariamente “*na redefinição e no alargamento das noções tradicionais do que é historicamente importante*” e que, no limite, implicaria “*não apenas uma nova história das mulheres, mas uma nova história*”. Esta nova perspectiva de análise histórica preocupou-se não só em incluir a categoria *gênero*, como também as de *classe* a *raça*, manifestando um compromisso político com uma história que incluísse “*a fala das(os) oprimidas(os) e com uma análise do sentido e da natureza de sua opressão*”, uma vez que as desigualdades de poder na sociedade estruturam-se, no mínimo, segundo estes três eixos.

O termo “gênero”, mais recentemente, conforme afirma Scott (*op.cit.*, p. 1056), é sinônimo de “mulheres” e seu uso revela uma preocupação com a aceitabilidade política deste campo de pesquisa, visando apontar a erudição e a seriedade de um trabalho. O termo, mais neutro e objetivo do que “mulheres”, integra-se à terminologia científica das ciências sociais dissociando-se, assim, da política feminista. Em outras palavras, não representa, necessariamente, uma tomada de posição em relação à desigualdade ou à distribuição do poder. Scott refere este uso do termo como uma procura pela legitimidade acadêmica por parte dos estudos feministas na década de 1980.

Um outro aspecto da utilização do termo “gênero” em substituição a “mulheres” é apresentado pela historiadora como uma forma de sugerir que a informação relativa às mulheres é *necessariamente* informação sobre os homens – o estudo de umas implica obrigatoriamente no estudo dos outros. Gênero, neste caso, é utilizado para designar as relações sociais entre os sexos e seu uso rejeita categoricamente as explicações biológicas. Nas palavras da autora, “gênero”, aqui, é “uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado” e possibilita um meio de distinguir a prática sexual dos papéis sociais atribuídos aos homens e às mulheres.

São estes papéis sociais culturalmente atribuídos que, como desvelou Beauvoir, determinam a opressão e delineiam as discriminações de gênero que recaem sobre as todas as mulheres, em maior ou menor grau, em praticamente todas as sociedades do globo. Opressão e discriminações estas que se traduzem em negação do igual acesso a recursos e oportunidades, da participação na esfera pública, da autonomia sobre o próprio corpo; que se traduzem também, muitas vezes, em violências das mais diversas formas, em divisão desigual do trabalho, em exploração.

E, como afirma Kofi Annan na citação que abre esta seção, referindo-se ao desenvolvimento mundial, enquanto perpetuar-se a discriminação que afeta metade da raça humana, será “impossível realizarmos nossos objetivos”.

O acesso desigual das mulheres aos recursos de poder é o foco destas discriminações em todas as esferas institucionais – o lar, a comunidade, o mercado e o estado. Verificam-se desigualdades na partilha dos recursos – inclusive de alimentos – no âmbito doméstico, que desfavorecem as mulheres e as meninas, levando a maiores índices de desnutrição e mortalidade entre mulheres. A discriminação no mercado de trabalho é marcada tanto por remuneração desigual por trabalho equivalente, como pela segregação que as limita a funções pouco qualificadas e mal pagas, levando a desigualdade de rendimentos entre mulheres e homens de mesmo nível de escolaridade, em prejuízo delas (REEVES e BADEN, 2000: 7). No âmbito da

comunidade e do Estado, a pouca representação das mulheres nas instâncias de tomada de decisão conduz à perpetuação da discriminação que se traduz em falta de acesso a serviços públicos, educação e saúde, por exemplo, e de acesso à justiça. Tanto as leis como as práticas da justiça, supostamente revestidas da dogmática neutralidade, podem na verdade servir (e muitas vezes servem) como instrumentos de perpetuação das desigualdades de gênero. Mesmo quando um estado dispõe de garantias constitucionais que promovam a equidade de gênero, dogmas religiosos ou outras normas relativas aos costumes de uma sociedade que conferem privilégios aos homens ou desqualificam as mulheres enquanto seres autônomos podem prevalecer.

O impacto dessas discriminações se faz sentir sobre a sociedade como um todo e não apenas sobre as mulheres. Por um lado, porque elas constituem, como afirma Annan, a metade da população mundial, mas, por outro, porque são elas também, em grande medida, as responsáveis pelo cuidado, sustento e desenvolvimento de outra parcela significativa da humanidade.

Fala-se muito hoje no fenômeno denominado feminização da pobreza, tema que abordaremos em mais detalhe adiante e que pretende referir-se tanto à presença majoritária das mulheres entre os pobres do mundo, como aos impactos mais dramáticos da pobreza sobre as mulheres em contraposição aos homens.

Discriminações de gênero e suas implicações, entre as quais a feminização da pobreza, a violência de gênero e o desrespeito aos direitos sexuais e reprodutivos constituem obstáculos, hoje internacionalmente reconhecidos, ao desenvolvimento das nações.

4.4 DESENVOLVIMENTO E GÊNERO

O conceito de desenvolvimento experimentou avanços consideráveis desde a *Primeira Década do Desenvolvimento* (1960-1970) declarada pela Organização das Nações Unidas (ONU), a qual enfatizava o crescimento econômico e apoiava-se na hipótese do “alastramento” (*trickle-down*) dos benefícios macroeconômicos obtidos em direção ao conjunto da população, chegando aos setores mais pobres e, assim, reduzindo os índices de pobreza (ALBA, 2000; KLIKSBURG, 1997). Lançada pela Assembléia Geral da ONU, em dezembro de 1961, a resolução conclamava os estados membros a intensificar seus esforços na mobilização de recursos necessários para acelerar o processo de crescimento econômico auto-sustentável e progresso social nos países do terceiro mundo.

Esta década, que iniciou com o conceito de crescimento via industrialização, muito cedo viu evidenciar-se o equívoco de negligenciar o papel da agricultura no desenvolvimento das nações mais pobres. O conceito inicial deu lugar, ainda em meados da década, à “Revolução Verde” (*Green Revolution*), com os esforços sendo redirecionados para investimentos, pesquisa e capacitação na área da agricultura.

Entre os avanços mais significativos do conceito, destaca-se um novo enfoque, introduzido na década de 1970, que passou a considerar a igualdade de gênero como um requisito básico do desenvolvimento. O desapontamento em relação à abordagem do “alastamento” dos benefícios do crescimento econômico abriu caminho para a adoção de estratégias focadas no suprimento das necessidades básicas, que enfatizavam a crescente participação dos pobres nos processos de desenvolvimento e nos benefícios deste para os mesmos. O reconhecimento tanto da contribuição das mulheres para a sociedade, como de suas necessidades específicas manifestou-se timidamente na agenda inicial da Segunda Década do Desenvolvimento da ONU, que estabelece:

(18) As the ultimate purpose of development is to provide increasing opportunities to all people for a better life, it is essential to bring about a more equitable distribution of income and wealth for promoting both social justice and efficiency of production (...). Thus, qualitative and structural changes in the society must go hand in hand with rapid economic growth, and existing disparities - regional, sectoral and social - should be substantially reduced. These objectives are both determining factors and end-results of development; they should therefore be viewed as integrated parts of the same dynamic process, and would require a unified approach:

(a) Each developing country should formulate its national employment objectives so as to absorb an increasing proportion of its working population in modern-type activities and to reduce significantly unemployment and underemployment;

(...)

h) The full integration of women in the total development effort should be encouraged. (Organização das Nações Unidas, 1970)².

Durante esta década, ativistas pelos direitos das mulheres articulavam questões atinentes a relações de gênero nos foros nacionais e internacionais. Os esforços pela eliminação da discriminação contra as mulheres intensificaram-se nesta década, que culminou com a adoção pela Assembléia Geral da ONU, em 1979, da *Convenção pela Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher* (CEDAW)³. O movimento pela integração das mulheres ao desenvolvimento defendia a promoção do conhecimento e das capacidades das mulheres de modo a possibilitar-lhes reconhecer sua situação e atuar no sentido de corrigir suas posições de

² United Nations General Assembly, Second United Nations Development Decade, 25th session, Report of the Second Committee – part I, 16 October 1970.

³ CEDAW – Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women). Disponível em: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm>

desvantagem na sociedade. O movimento afirmava que o maior acesso a recursos pelas mulheres contribuiria para um processo de desenvolvimento eficaz e equitativo. Estudos realizados em âmbito local, no nível micro-social, levaram ao despertar para o impacto das relações de gênero sobre as iniciativas de desenvolvimento ao final dos anos 1970 – para as diferenças de acesso a direitos, de capacidades percebidas e de expectativas sociais de homens e mulheres, meninos e meninas. Em oposição ao modelo que tinha no domicílio a unidade de análise, este mesmo domicílio passa a ser considerado espaço de negociação, cooperação ou conflito. Os diferentes estatutos de homens e mulheres, que refletem as normas e os valores da sociedade, determinam a forma como uns e outros participam na vida da comunidade, no mercado ou no trabalho vinculado ou não ao mercado. Como afirma Anneli Alba (2000), tais diferenças incorporam relações sociais e de poder que constituem o cenário para a implementação dos programas de desenvolvimento e, portanto impactam os resultados destes programas.

Nas duas décadas que se seguiram, 1980 e 1990, inúmeras pesquisas vieram a corroborar a noção de que as relações de gênero atuam como mediadoras dos processos de desenvolvimento, fortalecendo assim a idéia de que a condição de igualdade entre homens e mulheres é fundamental para toda a sociedade.

4.5 OS MARCOS INTERNACIONAIS DA EQUIDADE DE GÊNERO

O caminho trilhado pelas feministas para a construção de um arcabouço legal que garantisse às mulheres igual estatuto que o dos homens na sociedade foi longo e tortuoso. Dos primeiros esforços, que remontam o Iluminismo e que constituem a chamada primeira onda do movimento feminista, passando pelo movimento sufragista que marcou a segunda onda até meados do século XX, as conquistas foram lentas e esparsas.

O Livro Azul das Nações Unidas sobre o progresso da mulher divide o trabalho da ONU voltado para a igualdade e para o avanço das mulheres em quatro diferentes etapas: 1) assegurar os fundamentos legais da igualdade (de 1945 – 1962); 2) reconhecer o papel da mulher no desenvolvimento (de 1963 -1975); 3) a Década das Nações Unidas para a Mulher (1976-1985); e 4) a partir de 1986, “Rumo à Igualdade, ao Desenvolvimento e à Paz” (PIETILÄ, 2002).

Até 1962, várias convenções abordando estas questões haviam sido preparadas pela ONU, pela UNESCO e pela OIT, através da atuação persistente de mulheres que compunham a

Comissão sobre o Status da Mulher e outras ligadas a organizações não governamentais internacionais com *status* consultivo junto à ECOSOC (Conselho Econômico e Social da ONU). As mais significativas delas incluem a Convenção pela Eliminação do Tráfico de Pessoas e a Exploração da Prostituição, de 1949; a Convenção da OIT Relativa à Igual Remuneração para Homens e Mulheres Trabalhadores por Trabalho de Igual Valor, de 1951; a Convenção sobre os Direitos Políticos das Mulheres, de 1952; e a Convenção Internacional da UNESCO contra a Discriminação na Educação, de 1960.

No entanto, o mais importante instrumento elaborado pela ONU para a promoção dos direitos humanos das mulheres foi a Convenção pela Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), assinada em 18 de Dezembro de 1979 e passando a vigorar a partir de 3 de setembro de 1981. Atualmente 185 países – noventa por cento dos estados membros das Nações Unidas – são signatários da CEDAW. Esta convenção⁴ incorpora os princípios de direitos das mulheres e da igualdade de gênero ao direito internacional, ainda que não implique nenhum direito específico das mulheres, e também estabelece um sistema de monitoramento da implementação da Convenção, através da criação do Comitê sobre a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres ao qual os Estados Partes são obrigados a reportar a cada quatro anos sobre o processo nacional de implementação do acordo.

Após vários anos de esforço concentrado de parte tanto do movimento de mulheres em âmbito mundial como da Comissão pelo Status da Mulher, em outubro de 1999 a Assembléia Geral da ONU aprovou o Protocolo Opcional à Convenção, que define procedimentos para denúncia de violações à convenção pelos Estados Partes, perante o Comitê para Eliminação da Discriminação contra a Mulher.

Apesar de sua importância para a definição do estatuto de direitos e igualdade da mulher, a Convenção foi totalmente omissa sobre uma questão crucial para as mulheres em todo o mundo: o problema da violência de gênero. É só a partir de 1985, com a Conferência de Nairobi, que teve entre seus objetivos o de avaliar os resultados alcançados durante a Década da Mulher, é que se rompe o silêncio sobre o problema que afeta uma parcela significativa da população feminina. Após um longo processo de preparação que se seguiu a Nairobi, a Assembléia Geral da ONU logrou aprovar, em 1993, a Declaração pela Eliminação da Violência contra a Mulher que,

⁴ CEDAW – Convention for the Elimination of all forms of Discrimination Against Women: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/>. A importância de uma convenção internacional reside no fato de que ela afirma um princípio legal universalmente adotado e induz os estados partes a regulamentarem no âmbito nacional os temas objeto da convenção. Sem um arcabouço legal internacionalmente aceito, o trabalho de promoção do status de direitos das mulheres seria seriamente dificultado em muitas partes do mundo.

diferentemente de uma convenção, não obriga os Estados Partes, constituindo apenas uma declaração de princípios.

Se no âmbito das Nações Unidas o tema não alcançou o consenso dos governos apesar dos esforços institucionais para evidenciar a gravidade do problema, a Organização dos Estados Americanos (OEA) revelou-se mais aberta à questão e logrou estabelecer, em 1994, um marco fundamental para a proteção dos direitos das mulheres do continente: a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher⁵, a chamada Convenção de Belém do Pará. Este instrumento foi aprovado pela Assembléia Geral da OEA em 9 de junho de 1994 e entrou em vigor em 1995. Ela difere da CEDAW por definir claramente o que é violência contra a mulher e explicitar todas as formas que esta violência pode assumir. A Convenção de Belém do Pará responsabiliza os Estados Partes por adotar medidas para prevenir a violência nos âmbitos público e privado, por investigar exaustivamente qualquer violação, por responsabilizar e punir agressores e por assegurar recursos adequados e efetivos para compensação às mulheres pela violência sofrida.

Avanços no âmbito global foram alcançados ao longo do ciclo de Conferências Mundiais dos anos 1990, o chamado Ciclo Social da ONU que se iniciou com a Cúpula da Infância, em 1990 e desdobrou-se em oito Conferências Mundiais, a saber: Meio Ambiente e Desenvolvimento (Rio, 1992); Direitos Humanos (Viena, 1993); População e Desenvolvimento (Cairo, 1994); Cúpula do Desenvolvimento Social (Copenhague, 1995); Mulheres (Pequim, 1995); Habitat (Istambul, 1996); Alimentação (Roma, 1997); Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Outras Formas Correlatas de Discriminação (Durban, 2001).

A Conferência Mundial de Direitos Humanos, de Viena, em 1993, representou um importante avanço na proteção da mulher contra a violência por afirmar, como lema, que “os direitos das mulheres são direitos humanos” e, assim, abrir caminho em direção à responsabilização dos Estados pela omissão em medidas para prevenir e estancar a violência contra a mulher no âmbito doméstico. Em 1994, a Comissão de Direitos Humanos na ONU criou e nomeou uma Relatora Especial sobre Violência contra a Mulher cujo mandato está focado particularmente em coletar informação sobre a ocorrência e as causas da violência contra a mulher junto a governos, organismos inter-governamentais, agências especializadas e organizações não-governamentais, e em recomendar medidas, em todos os níveis, para a eliminação dessa forma de violência. A Plataforma de Ação de Pequim, de 1995, destacou entre seus principais objetivos a eliminação de todas as formas de violência contra a mulher,

⁵ Inter-American Convention on the Prevention, Punishment and Eradication of Violence Against Women : <http://www.oas.org/cim/english/convention%20violence%20against%20women.htm>

convocando todos os Estados membros das Nações Unidas a moverem esforços persistentes no sentido de erradicar esta forma disseminada de opressão contra a mulher⁶.

As Conferências do Ciclo Social da ONU foram importantes, primeiramente, por sua natureza cumulativa – proporcionaram avanços sistemáticos na proteção dos direitos humanos e reconhecimento crescente dos direitos das mulheres como direitos humanos. Foram importantes também para estabelecer as bases para o reconhecimento de novos direitos – os direitos sexuais e reprodutivos introduzidos no debate internacional pela Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD, Cairo, 1994).

Durante a CIPD, os 179 países presentes à conferência elaboraram um acordo e adotaram um plano de ação para 20 anos – conhecido como Programa de Ação do Cairo – que colocava a equidade de gênero, a autonomia das mulheres, a saúde e os direitos humanos no centro dos esforços mundiais para dar solução a alguns dos problemas mais prementes da humanidade: pobreza, fome, doenças, desigualdade de gênero, degradação ambiental e instabilidade política.

Conforme apontam Corrêa, Jannuzzi e Alves (2006: 35), a grande vitória da CIPD foi a de transformar a perspectiva sobre o “problema populacional” de um ângulo exclusivamente econômico e ideológico, para uma abordagem da reprodução associada a uma concepção de saúde integral e de direitos humanos. A Conferência do Cairo constituiu um importante marco de afirmação dos direitos reprodutivos das mulheres, abrindo caminho para a discussão dos direitos sexuais, no ano seguinte, na Conferência Mundial da Mulher (Beijing, 1995). Cairo foi importante, especialmente, pelo reconhecimento – expresso em seu documento final – do aborto inseguro como um grave problema de saúde pública (parágrafo 8.25 do Programa de Ação do Cairo)⁷ e por introduzir uma nova abordagem de direitos reprodutivos, definidos como “*o direito de decidir livre e responsabilmente o número de filhos, o espaçamento entre os nascimentos e o momento de tê-los; a dispor de informação e dos meios necessários para isso*”. Demarcava-se, assim, de um lado, o direito de

⁶ Estudos realizados em mais de 50 países após 1995, dão conta de que entre 10% e 60% das mulheres que casaram ou mantiveram relações conjugais durante algum tempo em sua vida, viveram pelo menos um incidente de violência física perpetrado por seu parceiro atual ou ex.

⁷ *ICPD – Program of Action*: “8.25. In no case should abortion be promoted as a method of family planning. All Governments and relevant intergovernmental and non-governmental organizations are urged to strengthen their commitment to women’s health, to deal with the health impact of unsafe abortion as a major public health concern and to reduce the recourse to abortion through expanded and improved family-planning services. Prevention of unwanted pregnancies must always be given the highest priority and every attempt should be made to eliminate the need for abortion. Women who have unwanted pregnancies should have ready access to reliable information and compassionate counseling. Any measures or changes related to abortion within the health system can only be determined at the national or local level according to the national legislative process. In circumstances where abortion is not against the law, such abortion should be safe. In all cases, women should have access to quality services for the management of complications arising from abortion. Post-abortion counseling, education and family-planning services should be offered promptly, which will also help to avoid repeat abortions”.

livre escolha dos sujeitos e, de outro, o dever do Estado em prover os meios para que tal escolha se efetive.

Um ano mais tarde, a Conferência Mundial sobre Mulheres (Beijing, 1995) busca avançar as conquistas do Cairo, recomendando aos governos que considerem a possibilidade de reformar as leis que estabelecem medidas punitivas contra as mulheres que se tenham submetido a abortos ilegais, e que garantam às mulheres o acesso a serviços de qualidade para tratar complicações derivadas de abortos. Em seu documento final, a Conferência afirma: “*na maior parte dos países, a violação aos direitos reprodutivos das mulheres limita dramaticamente suas oportunidades na vida pública e privada, suas oportunidades de acesso à educação e o pleno exercício dos demais direitos*”.

4.6 EVOLUÇÃO DOS CONCEITOS DE SAÚDE E DE SAÚDE PÚBLICA

Saúde e doença são noções relativamente recentes na história humana, mutáveis ao longo do tempo e em função do contexto social, político, econômico e cultural em que sejam consideradas. Nos primórdios da humanidade, buscava-se explicar o aparecimento de doenças e morte através de sistemas de crenças, lendas, mitos e ritos mágicos e mágico-religiosos (FERREIRA, 1990 *apud* MENDES, 2008), os quais tiveram uma influência tão profunda na cultura dos povos que ainda hoje costumam expressar-se, a despeito de todo o conhecimento científico acumulado.

Até o século XIX, quando ainda se desconheciam as causas da maior parte das patologias, prevalecia uma visão fatalista do estado de doença, a qual era aceita como um desígnio sobrenatural. A partir de meados daquele século, com o advento da epidemiologia e da revolução pasteuriana, surge pela primeira vez a possibilidade de se prevenir as doenças e, com isso, a noção de saúde pública e de medicina sanitária (SCLIAR, 2007; MENDES, 2008).

Ainda assim, prevaleceu até a metade do século XX um entendimento da saúde como *ausência de doença*, sendo o médico o seu agente. O foco de atenção era a patologia – o controle de sua evolução – e o objetivo da ação médica era o retorno ao estado de não doença. Embora fosse crescente a preocupação das nações em constituir sistemas de saúde pública e manter estatísticas sobre as condições de saúde de suas populações, não existia ainda um conceito universalmente aceito de saúde. Foi só com o final da Segunda Grande Guerra e o nascimento da ONU e da Organização Mundial de Saúde (OMS) que um tal conceito foi elaborado e acordado (SCLIAR, 2007).

A Carta de Princípios da OMS, firmada em 7 de abril de 1948, reconhecia a saúde como um direito de toda a pessoa e estabelecia a obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, a qual definia como “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. Este conceito passa a evoluir e ganha relevância a partir do ciclo de conferências internacionais sobre saúde iniciado em 1978, com a Conferência de Alma-Ata. Como informa Scliar (2007: 38-39), esta conferência evidenciou as imensas disparidades entre a situação de saúde dos países desenvolvidos e a dos subdesenvolvidos, enfatizando a responsabilidade dos Estados de promover e proteger a saúde de seus cidadãos e “*a importância da participação de pessoas e comunidades no planejamento e implementação dos cuidados à saúde*”. A conferência tinha por objetivos estabelecer as bases para uma política de saúde global, que garantisse saúde para todos no século XXI. A Declaração final de Alma-Ata, firmada por 134 países, estabelecia que a saúde é um direito humano fundamental e que as pessoas têm o direito de participar da planificação e da implementação do sistema de saúde. Além disso, a declaração destacava que um sistema integrado de atenção primária à saúde é fundamental para o alcance da meta de saúde para todos. A atenção primária inclui oito elementos básicos: educação em saúde, alimentação e nutrição (vigilância nutricional), abastecimento de água e saneamento básico, atenção materno-infantil e planejamento familiar, prevenção e controle das doenças endêmicas, programa amplo de imunizações, tratamento das enfermidades prevalentes e acesso a medicamentos essenciais. Assim formulada, a atenção básica estaria assentada sobre quatro pilares fundamentais: um adequado desenvolvimento tecnológico, o fortalecimento da gestão administrativa dos serviços de saúde, participação comunitária e processos de intersetorialidade como parte do desenvolvimento econômico e social, como afirma o Artigo VI da Declaração de Alma-Ata (1978):

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto-responsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

A Conferência de Alma-Ata constituiu-se em um marco fundamental para as políticas de saúde no âmbito de todas as nações integradas ao sistema da ONU pelas definições e compromissos que gerou. Merece destaque a contribuição desta conferência à conceptualização

da Atenção Primária à Saúde (APS) e à legitimidade política que conferiu a esta última ao vinculá-la organicamente ao alcance da meta de Saúde para Todos no século XXI (SPT-2000) (OPAS/OMS, 2003).

Em 1986, acontece em Ottawa, Canadá, a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Embora suas discussões estivessem focadas nas questões de saúde de interesse dos países industrializados, também levaram em conta preocupações similares provindas das demais regiões. Esta conferência destacou-se pelo foco em uma metodologia de saúde de base “salutogênica”, ou seja, baseada em um conceito de saúde positiva (e não de negação da doença). Ela partiu dos progressos alcançados em Alma-Ata para avançar com uma noção de saúde integral. A promoção da saúde foi definida em Ottawa como “*the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health*” (WHO, 1986). A Carta afirmava ainda que para alcançar um estado de completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou um grupo deve ser capaz de identificar e de realizar as suas aspirações, satisfazer as suas necessidades, mudar e adaptar-se ao seu meio. A saúde, portanto, é vista como um recurso para a vida cotidiana, e não como objetivo de vida. A saúde constitui-se como um conceito positivo, que enfatiza tanto os recursos sociais e pessoais como as capacidades físicas. Sendo assim, a promoção da saúde não compete apenas ao setor da saúde, mas transcende estilos de vida saudáveis até o estado de bem-estar geral.

A Carta de Ottawa estabeleceu oito pré-requisitos fundamentais para a saúde: paz; abrigo (moradia); educação; nutrição; renda; um ecossistema estável; recursos sustentáveis; justiça e equidade. A Carta definiu ainda um conjunto básico de ações para a promoção da saúde: construir uma *política pública de saúde* que vá além da atenção básica, que coloque a saúde na agenda dos formuladores de políticas em todos os setores e em todos os níveis, que os faça conscientes dos impactos sobre a saúde de suas decisões; criar *ambientes de suporte à saúde*, que atendem para os vínculos das pessoas com o seu meio-ambiente e que enfatizem a preservação dos recursos naturais como uma responsabilidade global; *fortalecer as ações comunitárias*, na definição das prioridades, na tomada de decisões, no planejamento de estratégias e na sua implementação com vistas ao aprimoramento das condições de saúde; *desenvolver as capacidades individuais*, provendo informação, educando para a saúde e melhorando as atitudes; *reorientar os serviços de saúde* em direção à promoção da saúde, para além de sua responsabilidade de prover serviços clínicos e tratamento; adotar uma *estratégia holística de promoção da saúde*, que tenha como princípio norteador o de que mulheres e homens tornem-se parceiros iguais em cada etapa de planejamento, implementação e avaliação das iniciativas de promoção da saúde.

Em 1988, a 2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Adelaide, na Austrália, partindo dos princípios definidos pela Declaração de Alma-Ata e de sua evolução qualitativa atingida em Ottawa, lançou o desafio de avançar em direção a uma nova saúde pública reafirmando a justiça social e a equidade como pré-requisitos para a saúde, e definindo a negociação e a mediação como os processos necessários ao seu cumprimento. A Conferência de Adelaide reforça as ações básicas identificadas em Ottawa e, reconhecendo que as iniquidades na saúde têm suas raízes nas iniquidades sociais, coloca uma ênfase na ação comunitária como uma área de atuação fundamental em promoção de saúde.

Em Adelaide, destaca-se pela primeira vez no âmbito das conferências de saúde que as mulheres são as principais promotoras da saúde no mundo todo e que a maior parte do seu trabalho é realizado gratuitamente ou com base em um salário mínimo. O documento final, com as recomendações resultantes da conferência, afirma que as redes e organizações de mulheres constituem modelos para o processo de organização, planejamento e implementação da promoção da saúde e que, neste sentido, as redes de mulheres deveriam receber maior reconhecimento e apoio por parte dos formuladores de políticas e das instituições. Do contrário, este investimento de trabalho pelas mulheres estaria ampliando a desigualdade. Para a efetiva participação das mulheres na promoção da saúde, é necessário prover-lhes acesso à informação, às redes e a fundos. O documento afirmava, ainda, que todas as mulheres, especialmente aquelas pertencentes a grupos étnicos, indígenas e minorias, têm o direito à auto-determinação de sua saúde e devem integrar plenamente as instâncias de formulação das políticas públicas de saúde, de modo a contemplar sua especificidade cultural. E recomendava que os países começassem a desenvolver políticas públicas de saúde da mulher que dessem prioridade às agendas de saúde das próprias mulheres e que incluíssem propostas para: uma divisão equitativa do trabalho de cuidado desenvolvido na sociedade; práticas de parto baseadas nas preferências e necessidades das mulheres; mecanismos de apoio ao trabalho de cuidado, tais como apoio às mães com filhos pequenos, licenças maternidade/paternidade e licenças para cuidado de dependentes (WHO, 1988).

Em Sundsvall, Suécia, em 1991, acontece a 3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Esta conferência, a primeira global sobre promoção da saúde, à qual atenderam representantes de 81 países, desta vez focava na garantia de um meio-ambiente favorável à saúde. As crescentes ameaças ao meio ambiente global e a necessidade imperativa de estabelecer formas de desenvolvimento sustentável em âmbito mundial, expressas com eloquência no relatório *Our Common Future* produzido pela Comissão Mundial sobre Meio-Ambiente e Desenvolvimento das Nações Unidas (*United Nations World Commission on Environment and Development* - WCED),

direcionaram os debates desta terceira conferência. Seu documento final destacava que no mundo havia milhões de pessoas vivendo em condições de privação e pobreza extremas e em ambientes crescentemente degradados que ameaçam sua saúde, o que tornava a meta de Saúde para Todos no Século XXI extremamente difícil de ser alcançada. Para avançar, seria preciso tornar o meio-ambiente – o ambiente físico, o ambiente econômico e social e o ambiente político – favorável à saúde, e não agressivo à ela. Um chamado à ação dirigido aos formuladores e gestores de políticas em todos os níveis e setores relevantes, destacava quatro dimensões principais dos ambientes favoráveis à saúde: a *dimensão social*, que inclui o modo como as normas, costumes e processos sociais afetam a saúde; a *dimensão política*, que exige dos governos que garantam a participação democrática nos processos decisórios e a descentralização das responsabilidades e dos recursos; a *dimensão econômica*, que demanda o redirecionamento dos recursos para o alcance da Saúde para Todos e de um desenvolvimento sustentável, incluindo a transferência de tecnologias seguras e confiáveis; a necessidade de *reconhecer e utilizar as habilidades e conhecimentos das mulheres* em todos os setores – inclusive na tomada de decisão e na economia – de modo a constituir uma infraestrutura positiva para ambientes sustentáveis. A carga de trabalho das mulheres deveria ser reconhecida e compartilhada entre homens e mulheres. Organizações de mulheres radicadas nas comunidades deveriam ser ouvidas quando da formulação de políticas e desenvolvimento de estruturas para a promoção da saúde.

Em suma, a conferência enfatizava que o ‘empoderamento’ (*empowerment*) das pessoas, especialmente das mulheres e a participação comunitária, em uma perspectiva democrática, são imprescindíveis para a promoção da saúde e do desenvolvimento sustentável. A informação disponível já indicava a impossibilidade de manter a mesma qualidade de vida para todos os seres vivos, sem uma mudança drástica de atitudes e comportamentos no que concerne à gestão e preservação do ambiente.

Jakarta, na Indonésia, em 1997, foi o palco da 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde – Novos Protagonistas para uma Nova Era: a Promoção da Saúde rumo ao séc. XXI. Esta foi a primeira das conferências sobre promoção da saúde a realizar-se em um país em vias de desenvolvimento e também a primeira a envolver o setor privado no apoio à promoção da saúde. Em Jakarta, foram reafirmados os princípios e estratégias estabelecidos em Ottawa, revisados e avaliados os impactos da promoção da saúde, identificadas estratégias inovadoras para a promoção da saúde e estimulado o desenvolvimento de parcerias para o enfrentamento dos desafios globais. A Conferência de Jakarta conclamou uma aliança mundial para a promoção da saúde, que teria por meta a promoção das prioridades de ações para a promoção da saúde que incluem:

- § aumento da sensibilização sobre os determinantes da saúde em constante mudança
- § apoio à criação de atividades de colaboração e de redes para o desenvolvimento sanitário
- § mobilização de recursos para a promoção da saúde
- § acumulação de conhecimentos sobre as melhores práticas
- § facilitação do aprendizado compartilhado
- § promoção de solidariedade em ação
- § promoção da transparência e da responsabilidade pública de prestação de contas em promoção da saúde (WHO, 1997 p.)

Em 2000, realiza-se na cidade do México a 5ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde: Rumo a uma maior Equidade. Apoiando-se nas conquistas das quatro conferências anteriores, esta enfatizou as prioridades estabelecidas em Jacarta e teve por propósito examinar a contribuição das estratégias de promoção da saúde para a saúde e a qualidade de vida das pessoas que vivem sob circunstâncias adversas. Seus participantes, representando 100 países, colocaram-se como objetivos de trabalho:

- § Ilustrar o impacto da promoção da saúde sobre a saúde e a qualidade de vida, especialmente das pessoas que vivem sob circunstância adversas;
- § Garantir que a saúde ocupe um lugar de destaque no programa de desenvolvimento tanto dos organismos internacionais, como dos órgãos nacionais e locais;
- § Estimular a formação de alianças em prol da saúde entre os diferentes setores e em todos os níveis da sociedade.

O relatório da Conferência do México volta a enfatizar o papel das mulheres na promoção da saúde, como evidenciam os trechos abaixo:

Género y equidad

En muchas partes del mundo, las mujeres juegan hoy un papel importante en la responsabilidad social en materia de salud a nivel de la comunidad. El tema de la equidad con relación a la mujer surgió como tema prominente, que algunos opinaron había estado descuidado, en contraposición a las inequidades de la estructura social. La responsabilidad social siempre se considera como responsabilidad primaria de la mujer, por lo tanto los hombres asumen sólo un papel marginal en la actualidad. Es más, hay diferentes percepciones en cuanto a lo que constituye la responsabilidad social entre el hombre y la mujer. No obstante, la responsabilidad social debe ser responsabilidad de toda la comunidad (WHO, 2000 p.11)

El papel de la mujer

Como en discusiones anteriores, los participantes volvieron a recalcar el papel central de la mujer para el desarrollo de la salud y las iniciativas de aumento de la capacidad. Algunos participantes opinaron que este tema surge reiteradamente debido a las aptitudes inherentes de las mujeres que

siguen sin recibir adecuado reconocimiento. Las mujeres que ya están organizadas pueden transferir aptitudes y mejorar su propia capacidad con nuevas aptitudes. (*idem*, p.14)

El papel de la mujer en el desarrollo de la salud

Un tema permanente en toda la conferencia fue el papel de la mujer como una piedra angular del desarrollo de la salud. Las condiciones de vida deficientes y la posición social de la mujer son los motivos principales de la inequidad en materia de salud, ya que las mujeres asumen la responsabilidad social de sí mismas y de sus hijos en circunstancias tan desventajosas. El empoderamiento de la mujer por medio de medidas económicas, educación y, sobre todo, mediante la acción colectiva de la mujer es un elemento crucial en la resolución de las principales inequidades de la vida. Asegurar que la mujer tenga voz en los procesos decisivos y apoyar su participación podría tener un impacto considerable en la promoción eficaz de la salud. (*ibidem*, p. 21)

O relatório da Conferência do México destaca também a importância das evidências científicas na promoção da saúde e da incidência sobre os determinantes da saúde para o alcance da meta de saúde para todos.

Por fim, em 2005, realiza-se em Bangkok, Tailândia, a 6ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Apoiada no acúmulo das conferências anteriores, ela reafirma que as políticas e alianças destinadas a empoderar as comunidades e melhorar a saúde propriamente dita e a igualdade em matéria de saúde devem constituir uma preocupação central no desenvolvimento mundial e nacional.

Passadas praticamente três décadas da Conferência de Alma-Ata e após a sucessão de conferências que a sucederam, cabe um balanço deste processo e de suas conquistas. Ainda que a meta de saúde para todos em 2000 não se tenha cumprido, são inegáveis os avanços em termos do entendimento do que seja saúde e do papel e abrangência que cabem à saúde pública. Chama a atenção no processo, primeiramente, a importância de seus marcos iniciais – Alma-Ata e Ottawa representaram as duas grandes inovações à prática da saúde pública. Alma-Ata por reconhecer a saúde como um direito humano fundamental, a importância da participação das pessoas e das comunidades na formulação e implementação das políticas de saúde e por colocar o foco das políticas de saúde na atenção primária como forma de alcançar a meta de saúde para todos. Quanto a Ottawa, sua grande contribuição foi a mudança de paradigma da saúde pública – do enfoque patogênico, focado na doença, para um enfoque salutogênico, voltado para a promoção da saúde, definida como “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de melhorá-la”.

Outro aspecto que merece destaque no processo descrito nesta seção é o seu caráter cumulativo. Assim como ocorreu com o Ciclo Social da ONU, que apresentamos brevemente na seção anterior, cada conferência internacional na área da saúde buscou construir sobre os

alicerces fundados pelas conferências anteriores, avançando um consenso global sobre a prática da saúde pública.

Os documentos e compromissos produzidos por este processo continuam válidos e atuais e constituem diretrizes para a formulação das políticas de saúde dos países membros da Organização Mundial de Saúde, entre os quais o Brasil.

4.7 CONSTRUINDO NOVOS CONCEITOS: SAÚDE DA MULHER E SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

"The fact is that women have been trapped. Reproduction is used, consciously or not, as a means to control women, to limit their options and to make them subordinate to men. In many societies a serious approach to reproductive health has to have this perspective in mind. We must seek to liberate women."

*Dr. Nafis Sadik
Executive Director, UN Population Fund*

Se o conceito positivo de saúde é uma construção recente da sociedade humana, ainda mais novas são as noções de saúde da mulher, saúde sexual e saúde reprodutiva. Isto, sem falar na formulação dos conceitos de direitos sexuais e direitos reprodutivos que, embora pouco a pouco incorporados aos debates e à formulação de políticas no campo da saúde, ainda carecem de normatização. O ciclo social da Organização das Nações Unidas (ONU), iniciado em 1990 com a Cúpula da Infância, foi responsável por colocar em pauta os direitos sexuais e os direitos reprodutivos e por consolidar uma terminologia relativa aos mesmos.

No rastro da II Conferência Internacional de Direitos Humanos (Viena, 1993) – que enfatizou que *os direitos das mulheres são direitos humanos* e que, portanto, devem estar incluídos na agenda das políticas de direitos humanos das nações – a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD, Cairo, 1994) vem consagrar, como resultados de longas negociações e várias articulações prévias dos movimentos de mulheres, a concepção de saúde reprodutiva como um direito humano e a idéia de que a reprodução não pode ser tratada isoladamente e sim deve ser abordada dentro de um contexto de políticas de desenvolvimento. Se a Conferência de Viena logrou evidenciar a problemática da sexualidade para a perspectiva dos direitos humanos, referindo, por exemplo, em seu preâmbulo as “diversas formas de discriminação e violência às quais as mulheres continuam expostas em todo o mundo” e, no art. 18 de sua Declaração final, que os direitos humanos das mulheres e das meninas “*são inalienáveis e constituem parte integral e indivisível dos direitos humanos universais*”, já a Conferência do Cairo constituiu um importante marco

de afirmação dos direitos reprodutivos das mulheres, abrindo caminho para a discussão dos direitos sexuais, no ano seguinte, na Conferência Mundial da Mulher.

Conforme observa Vilella (2000), é muito recente “*o entendimento da saúde como resultado de uma ação específica sobre corpos diferenciados, no caso, o das mulheres*”. Os termos ‘saúde da mulher’, ‘saúde reprodutiva’ e ‘saúde sexual’, relacionados a objetos social e culturalmente construídos – ‘mulher’, ‘reprodução’ e ‘sexo’ – têm sua formulação determinada pelo posicionamento ativo de atrizes e atores envolvidos na busca da autonomia das mulheres.

O processo histórico conducente à noção de ‘saúde da mulher’ e de sua associação a cuidados médicos e acesso a serviços específicos tem suas raízes na revolução industrial e na necessidade de crescimento populacional para atender às demandas de produção e consumo que fundam a lógica capitalista. Daí surge a necessidade de lidar com os problemas decorrentes das condições de gestação e parto, marcadas por altos percentuais de morte materna e infantil, e da prática sexual insegura que resultava em gestações repetidas, doenças sexualmente transmitidas e outros agravos da saúde. O processo resultante, de medicalização dos nascimentos, vem consolidar o campo da *saúde materno-infantil* que compreende ações voltadas às mulheres durante o período de gravidez, parto e puerpério e que visa a garantir a saúde do bebê e prevenir a morte materna. Esta visão de saúde da mulher prevalece ainda hoje em boa parte das práticas de saúde pública, a despeito dos avanços teóricos alcançados no sentido de definir políticas para a *saúde integral* das mulheres.

A perspectiva materno-infantil de saúde da mulher constituiu-se em alvo permanente das críticas feministas por sua abordagem da mulher como ‘objeto reprodutivo’, que desconsiderava tanto sua autonomia como os demais aspectos de sua saúde e de seus ciclos de vida. É desta crítica que nasce o conceito de *saúde integral da mulher* que tem por princípio a visão da mulher como sujeitos de sua saúde, particularmente de sua saúde reprodutiva. Na pauta do movimento feminista desde a década de 1970, o lema “*nosso corpo nos pertence*” buscava afirmar a autonomia sobre o próprio corpo como modo de dar sentido ao ‘ser no mundo’ enquanto pessoa, à existência social e política da mulher, para além de sua existência biológica. Neste movimento enquadraram-se a demanda por liberdade de decisão em relação às questões de reprodução e sexualidade e, particularmente, as demandas por descriminalização e legalização do aborto e de acesso a métodos contraceptivos.

Além da reapropriação do corpo, a proposta de atenção à saúde integral da mulher transcende as questões reprodutivas e busca “*problematizar as condições sociais de desigualdade que*

configuram o cotidiano das mulheres como determinantes no processo de produção de suas queixas, patologias, mal-estares e modos como se relacionam com estes agravos” (VILLELA, 2000).

A formulação do conceito de *saúde reprodutiva*, como aponta a mesma autora, compreende a idéia da reprodução como um direito, e não dever ou desígnio como na perspectiva materno-infantil. A noção de saúde reprodutiva positivou-se pela primeira vez no documento final da Conferência de Adelaide (OMS, 1988) que reconheceu o direito de autodeterminação da mulher e recomendou aos Estados a criação de políticas de saúde da mulher, conforme vimos na seção anterior. Ademais, como visto na seção 4.5, esta formulação encontrou abrigo no processo de conferências promovido pela Organização das Nações Unidas, em parte pela atuação do movimento e organizações feministas, mas em parte também por ir ao encontro dos interesses dos países membros e dos organismos intergovernamentais que lidam com a temática de populações e desenvolvimento. O novo enfoque da reprodução, baseado nas noções de direitos humanos, bem-estar social, equidade e igualdade entre os gêneros, inaugurado pela Conferência do Cairo (CIPD, 1994) e reforçado em Pequim (IV Conferência Internacional sobre a Mulher, 1995), não só legitimou o termo *saúde reprodutiva*, mas abriu caminho para a construção das noções de *direitos reprodutivos* e de *saúde sexual* e *direitos sexuais* (CORRÊA *et al.*, 2006: 40).

No entanto, a formulação e busca de consolidação destes últimos não se dá de modo fácil. Se o alcance do chamado “Consenso do Cairo” e a redação de seu documento final bem como da Plataforma de Ação de Pequim demandaram grande esforço, articulações e inúmeras horas de negociação por parte dos participantes do processo de conferências, novos avanços vêm sendo obstaculizados pelos ataques crescentes àqueles consensos. A acentuação dos fundamentalismos, particularmente o liderado pelo Vaticano, e a ação das forças conservadoras norte-americanas têm tentado impedir os avanços conquistados no Cairo no campo dos direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres.

4.8 OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO

No ano 2000, reunidos durante a Cúpula do Milênio em Nova York, 189 Estados Membros das Nações Unidas firmaram um acordo visando a apoiar os países mais pobres do mundo a melhorarem significativamente as condições de vida de suas populações até o ano 2015. A Declaração do Milênio, firmada por estes líderes mundiais resultou em um conjunto de oito grandes metas, que ficaram conhecidas como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODGs). O conjunto de objetivos interconectados e as 18 metas e indicadores a eles associadas resultam do acúmulo mundial de discussões em vários níveis, especialmente as resultantes da série de conferências internacionais realizadas nos anos 1990 e conhecidas como o Ciclo Social da ONU.

Os setes primeiros objetivos reforçam-se mutuamente e estão voltados à redução da pobreza em todas as suas formas. O oitavo deles diz respeito aos meios para alcançar os sete primeiros e refere-se a uma parceria global para o desenvolvimento.

Os oito Objetivos do Milênio são assim enunciados:

1. Erradicar a pobreza e a fome;
2. Atingir o ensino básico universal;
3. Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres;
4. Reduzir a mortalidade infantil;
5. Melhorar a saúde materna;
6. Combater o HIV/Aids, a malária e outras doenças;
7. Garantir a sustentabilidade ambiental; e
8. Estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento.

Conforme relata Sônia Correa (2004: 51-52), em razão das pressões do governo norte-americano em 2001, as metas acordadas no Cairo ficaram excluídas da pauta de indicadores definidas para monitorar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que contemplam apenas medidas relacionadas à mortalidade materna e à infecção por HIV-Aids.

Na análise que faz dos dez anos pós-Cairo, esta autora, que participou integralmente do processo das Conferências do Cairo e de Pequim, relata as diversas pressões que se fazem sentir sobre o processo de monitoramento do Programa de Ação no sentido de impedir avanços e, até mesmo, na tentativa de regredir em alguns pontos como tentar suprimir as referências a direitos

sexuais. O recuo de posições antes favoráveis por parte de governos da América Latina, particularmente do Brasil leva Corrêa a afirmar que:

há paradoxos e contradições relevantes na condução diplomática em relação à agenda do Cairo. De um lado, eles só podem ser identificados por que as redes da sociedade civil engajadas com a CIPD têm monitorado, sistematicamente, as várias arenas de negociação e produzido análises articuladas sobre o que se passa em todas elas.

(...)

Também no que diz respeito à implementação de políticas de saúde sexual e reprodutiva e exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, o impacto tem sido muito negativo. Sem dúvida, há muitos outros fatores que comprometem a qualidade destas políticas, como, por exemplo, a falta de recursos e de vontade política, ou mesmo a falta de clareza conceitual e dificuldades operacionais. Ademais, os governos, em todos os países da região, se movem com muita cautela neste terreno das políticas públicas, pois estão constantemente reféns das ameaças feitas pelas hierarquias religiosas ou se mostram temerosos de perder apoio eleitoral dos setores conservadores. Isto significa reconhecer que a efetiva implementação da agenda do Cairo está condicionada, também, à resistência política contra os fundamentalismos, seja de George Bush, seja dos atores religiosos e políticos que operam nas sociedades nacionais. Em razão disto, a agenda do Cairo pode e deve estar articulada à defesa sistemática do Estado laico como condição e garantia da democracia (2004: 56-57).

Em síntese, pode-se identificar um avanço sistemático ao longo das últimas seis décadas, na construção de um corpo de direitos universais e na criação de um consenso mundial em torno da concepção teórica desses direitos. Pode-se identificar também um movimento articulado de atores em nível global, integrados em uma rede produtora de conhecimento e articuladora de consensos, que busca avançar através de um processo paulatino, cumulativo – há um fio teórico que une as diversas conferências internacionais, tanto as do Ciclo Social das Nações Unidas como aquelas realizadas no âmbito da Organização Mundial de Saúde e de suas entidades parceiras que leva a crer que este é um processo que seguirá avante, a despeito das resistências e dos ataques.

No campo das idéias, seguiremos avançando.

4.9 DESIGUALDADES DE GÊNERO COMO OBSTÁCULOS À SAÚDE INTEGRAL E AO DESENVOLVIMENTO

A importância da equidade para o alcance tanto da meta de saúde para todos como do desenvolvimento vem sendo enfatizada em todos os fóruns internacionais que tratem destes temas. A despeito desta ênfase e dos esforços mundiais e nacionais para reduzir as desigualdades, estas prevalecem e apresentam um quadro agravado entre as populações socialmente mais

vulneráveis. Algumas tendências decorrentes destas desigualdades apontam hoje como desafios importantes às políticas de saúde e desenvolvimento.

4.9.1 FEMINIZAÇÃO DA POBREZA

“Women do two thirds of the world’s work.... Yet they earn only one tenth of the world’s income and own less than one percent of the world’s property. They are among the poorest of the world’s poor.”

Barber B. Conable Jr.⁸

O termo “feminização da pobreza” foi cunhado por Diana Pearce nos anos 1970 ao analisar os padrões de gênero relacionados à evolução dos índices de pobreza nos Estados Unidos do período 1950-1970s. Em suas descobertas, Pearce identificou um profundo paradoxo – as significativas conquistas do movimento de mulheres que caracterizaram as décadas de 1960 e 1970, de liberalização e maior participação na força de trabalho, estavam acompanhadas de uma tendência do empobrecimento desproporcional das mulheres a ponto de a pobreza poder ser identificada como um “problema feminino”. A emergência de uma pobreza feminina estaria associada às mudanças ocorridas no caráter e estrutura da vida social – a redução do número de mulheres que se casam, o advento do divórcio e o aumento da expectativa de vida das mulheres, associadas à menor eficácia dos programas sociais para tirar da pobreza mulheres, relativamente aos homens, contribuíram para impor um perfil de gênero à pobreza. O crescimento do número de lares mantidos por mulheres é um dos fatores que tende a manter o componente de gênero da pobreza, mais acentuado no caso das muito jovens e das mulheres idosas. Estudos realizados recentemente nos Estados Unidos apontam que os lares mantidos por mulheres não só apresentam maior probabilidade de serem pobres, como esta pobreza tem maior tendência de prolongar-se no tempo. A situação mostra-se ainda mais grave no caso de mulheres negras e hispânicas. (THIBOS *et al.*, 2007: 1-3)

São dois os principais mecanismos que impulsionam o empobrecimento das mulheres, conforme apontam Thibos, Lavin-Loucks e Martin: *mudanças demográficas* e a *economia*. As transformações que vêm ocorrendo nas estruturas sociais, especialmente o aumento do número de famílias uniparentais, têm colocado as mulheres e seus filhos em situação de considerável desvantagem. Nos Estados Unidos, um país em que as mulheres já alcançaram um status de igualdade significativamente maior do que o experimentado pelas mulheres na América Latina, os índices de pobreza que atingem as famílias uniparentais foram de 17,6% para as de “pais

⁸ Presidente do Banco Mundial, em 1986, durante a Reunião Anual do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional.

solteiros” e de 36,9% para as de “mães solteiras” (*idem, op.cit.*: 3). Além destes fatores demográficos, também a discriminação da mulher no mercado de trabalho é apontada como causa da feminização da pobreza.

Sendo o gênero um dos três principais eixos estruturantes das relações sociais de poder, as relações de gênero desempenham um papel crucial na divisão do trabalho, na distribuição da renda e da riqueza, no acesso à educação e aos serviços públicos, entre outras tantas oportunidades e estatutos sociais. Como aponta Çağatai (2001: 14-15), na maior parte das sociedades as mulheres têm maior probabilidade de realizarem jornadas de trabalho mais prolongadas, de ter ingressos menores, menor acesso à educação e à saúde e menor acesso a crédito, a informação e a conhecimento do que os homens. Além do que, a distribuição dos recursos tem um viés de gênero em prejuízo das mulheres, não apenas dentro das unidades familiares, mas também nos orçamentos públicos locais e nacionais. A discriminação de gênero, aponta a pesquisadora, transmite-se e se perpetua através das instituições e inclusive através das políticas econômicas e macro-econômicas. Por permearem todos os aspectos da vida econômica, as desigualdades de gênero não só constituem um sério problema para o desenvolvimento como também configuram uma dimensão relevante da pobreza. As relações de poder baseadas no gênero levam as mulheres a experienciarem a pobreza de modo diverso e mais acentuado do que os homens e, além disso, contribuem para a perpetuação inter-geracional da pobreza não só das mulheres, mas das famílias, comunidades e mesmo de países.

As desigualdades nas relações de gênero apontam para uma provável distribuição desigual da renda internamente às unidades familiares, o que, conforme apontam Thibos *et al.* (2007: 4), pode levar a dados subestimados da pobreza das mulheres e de seus filhos, posto que a existência de recursos financeiros em uma unidade familiar não necessariamente indica uma distribuição igualitária destes recursos entre os membros da família.

Ainda que as metodologias de aferição da pobreza não proporcionem nem estatísticas oficiais nem estratégias de redução da pobreza com recortes de gênero, gênero e pobreza estão inextricavelmente associados. Muitas políticas e estratégias costumam referir a questão de gênero como um tema transversal nelas apropriado. Na prática, no entanto, este é um tópico que recebe muito pouca atenção nos projetos de desenvolvimento, nos planos de ação e na elaboração de orçamentos públicos.

A pobreza afeta homens, mulheres, meninos e meninas. Mas seu impacto é sentido de forma diversa pelas pessoas em função de sua idade, etnia, sexo e situação na família. Os papéis sociais de gênero culturalmente impostos às mulheres, que as colocam em situação de

subordinação em relação ao sexo masculino, tendem a criar diversas situações de desvantagem, acumulando e intensificando os efeitos da pobreza. Violência de gênero, abuso sexual, discriminação no trabalho, dupla / tripla jornada de trabalho, falta de acesso a serviços adequados de saúde, especialmente saúde reprodutiva e sexual; falta de acesso à renda, à propriedade e ao crédito são alguns dos resultados da desigualdade que podem agravar-se com – e agravar a – pobreza.

Em vista do acima exposto, o conceito de feminização da pobreza apóia-se na constatação da existência de um viés de gênero na evolução da pobreza ao longo do tempo. Além disso, o conceito comporta diversos significados relacionados às diferentes abordagens utilizadas nos estudos sobre pobreza feminina – alguns focados na pobreza entre as mulheres, outros focados na pobreza de famílias mantidas por mulheres e outros ainda focados em variações desses grupos (mulheres adultas, por exemplo) (MEDEIROS e COSTA, 2005).

4.9.2 VIOLÊNCIA DE GÊNERO

As desigualdades de gênero fundadas em uma cultura que estabelece relações hierárquicas de poder entre homens e mulheres, com desvantagem para as últimas, tendem a favorecer e legitimar socialmente atitudes violentas praticadas por parceiros íntimos que impõem às mulheres danos físicos e psicológicos e não raro levam à morte.

Segundo a OMS (2002: 91), a violência contra mulheres perpetrada por parceiros íntimos ocorre em todos os países de mundo, independentemente do grupo social, econômico, cultural ou religioso a que pertencem. A organização aponta como violento qualquer comportamento que cause dano físico, psicológico ou sexual, incluindo atos de agressão física, abusos psicológicos como intimidação, constante desvalorização e humilhação, relações sexuais forçadas e outras formas de coerção sexual, além de outros comportamentos controladores, tais como isolar a pessoa de sua família e amigos, monitorar seus movimentos e restringir seu acesso às informações ou à assistência. As pesquisas conduzidas pela OMS apontam que a violência física nos relacionamentos íntimos é normalmente acompanhada por abuso psicológico e que entre um terço a mais da metade dos casos inclui também violência sexual.

Conforme estimativas baseadas em pesquisas diversas conduzidas por grupos de estudos e organizações, pelo menos uma em cada quatro mulheres no mundo experimenta este tipo de violência durante sua vida adulta. A violência doméstica produz efeitos devastadores, tanto sobre

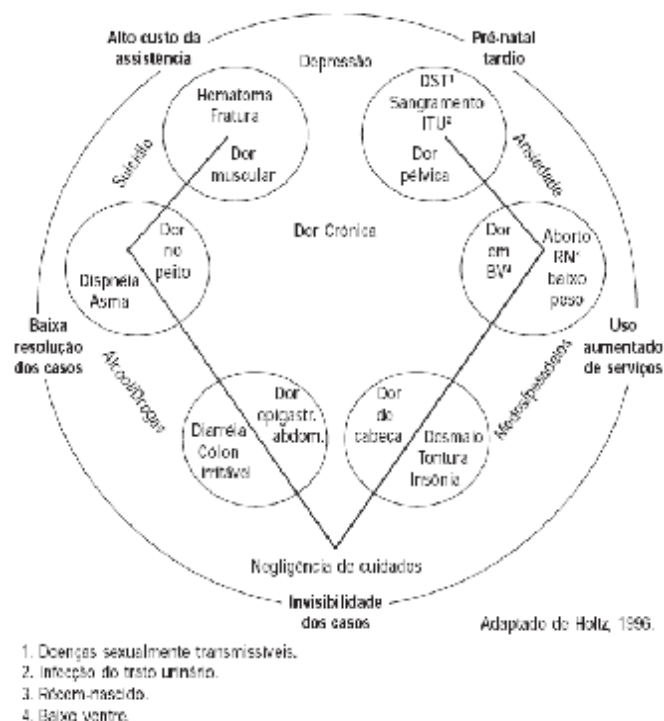
suas vítimas, diretamente, quanto para a sociedade como um todo: consome recursos de serviços públicos e voluntários, provoca perdas de produtividade e causa intensos sofrimento e dor às mulheres agredidas e impactos graves sobre crianças que testemunham a violência e que freqüentemente também se tornam vítimas (WALBY, 2004).

A violência praticada por parceiros íntimos leva um número incontável de mulheres a procurarem os serviços de saúde – seja nas emergências dos hospitais, quando a agressão provoca danos físicos graves, seja nos serviços de atenção primária, com queixas de saúde várias, reflexos da violência continuada. Schraiber e D’Oliveira (2003: 5) alertam para o papel dos profissionais da saúde na intervenção em situações de violência, em vista dos impactos desta sobre a saúde das vítimas, e para a necessidade daqueles de saberem identificar nas queixas e sintomas recorrentes os sinais da violência freqüentemente invisibilizada. Segundo as autoras,

As situações de violência doméstica e sexual repercutem nos serviços de saúde de forma paradoxal. Ao mesmo tempo em que há um uso aumentado dos serviços, esta assistência tem um baixo poder resolutivo e as mulheres em situação de violência doméstica e sexual avaliam pior sua saúde e tem mais queixas e sintomas do que aquelas que não vivenciam estas situações. Portanto, com uso repetitivo e ineficaz dos serviços, a assistência torna-se de alto custo (*idem*, p.16).

A figura 1 abaixo apresenta um panorama sobre os impactos da violência doméstica sobre a saúde das mulheres.

Figura 1
Repercussões na Saúde Associadas à Violência contra as Mulheres



Fonte: Extraído de SCHRAIBER e D’OLIVEIRA (2003).

A Organização Mundial de Saúde considera a violência doméstica contra as mulheres um grave problema de saúde pública e, com base no conhecimento mundialmente acumulado sobre o atendimento a mulheres em situação de violência, sugere um conjunto de princípios que orientam “boas práticas” de políticas nesta área, como por exemplo:

- As ações para lidar com a violência devem ocorrer tanto em nível nacional quanto local.
- O envolvimento das mulheres, no desenvolvimento e na implantação dos projetos, e a segurança das mulheres devem ser o princípio norteador de todas as decisões relativas às intervenções.
- Os esforços para reformar as respostas das instituições – inclusive da polícia, dos funcionários da área de assistência à saúde e do judiciário – devem ir além do treinamento para mudar as culturas institucionais.
- As intervenções devem cobrir uma série de diferentes setores e serem coordenadas entre eles (OMS, 2002: 110).

Em vista do exposto, fica evidente, por um lado, as implicações da violência de gênero para o campo da saúde e, de outro, a necessidade de uma abordagem holística, trans-setorial e integradora para a eficácia das políticas de enfrentamento desta forma de violência.

4.9.3 VIOLÊNCIA SEXUAL

Violência sexual é outro problema prevalente no mundo todo que também constitui um grave problema de saúde pública. Definida pela OMS como qualquer ato sexual, tentativa de obtenção de ato sexual, investidas ou sugestões sexuais indesejadas, ou ainda atos voltados ao tráfico sexual, praticados mediante coerção, ameaça de uso ou uso de força física, por qualquer pessoa sobre outra, independentemente do tipo de vínculo entre elas, em qualquer ambiente incluindo o do lar ou do trabalho, mas não limitados a estes (OMS, 2002: 148).

A violência sexual exerce impactos profundos sobre a saúde física e mental de suas vítimas, estando associada a um maior risco frente a diversas enfermidades e transtornos da saúde sexual e reprodutiva. Os dados disponíveis sugerem que em alguns países quase uma em cada quatro mulheres já foi submetida a este tipo de violência por um parceiro íntimo e que quase um terço das adolescentes relatam que sua primeira experiência sexual foi forçada. Para muitas mulheres a violência sexual tem início na infância ou na adolescência e pode ocorrer em contextos vários incluindo o lar, a escola e a comunidade. Suas conseqüências para a saúde

podem incluir suicídio, Síndrome de Estresse Pós-Traumático (PTSD – *Posttraumatic Stress Disorder*), outros distúrbios mentais, gravidez indesejada, HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis, ferimentos auto-infligidos e, no caso de abuso sexual de crianças, adoção de comportamentos de risco tais como múltiplos parceiros sexuais e uso de drogas.

5 CONTEXTO DO ESTUDO

Este estudo se desenvolve no contexto da experiência de trabalho da autora, atuante há vários anos em organizações da sociedade civil voltadas à promoção e proteção dos direitos das mulheres e, mais recentemente, no trabalho em uma organização voltada especificamente à promoção e ao controle social das políticas de saúde das mulheres e em atividades de apoio ao planejamento em órgão da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Tendo por objetivo identificar quem são os atores envolvidos na formulação, na implementação e no controle social das políticas de saúde sexual e reprodutiva das mulheres no Brasil, suas respectivas propostas e mecanismos de controle social instituídos, o estudo parte do escopo histórico e formal de constituição das políticas – que têm origem nos mecanismos de governança internacional – para, a partir dele, localizar os atores e seus nexos.

5.1 GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL

A incorporação da perspectiva de gênero nas políticas públicas no Brasil tem suas raízes no final dos anos 1970, tendo surgido nos contextos das mudanças que conduziram à democratização e da crise fiscal do Estado e contado, em sua idealização, com a participação ativa dos movimentos de mulheres e feminista.

Segundo Farah (2004: 50), as mudanças nas políticas públicas no Brasil estiveram orientadas por uma agenda de reforma, construída com a participação de diversos atores, em cuja evolução a autora identifica dois grandes momentos. O primeiro deles caracterizado pela “*democratização dos processos decisórios e dos resultados das políticas públicas*”, que buscava de um lado incorporar uma diversidade de atores na formulação das políticas e, de outro ampliar os segmentos de beneficiários destas políticas. A criação do SUS – Sistema Único de Saúde é um exemplo emblemático deste processo. A problemática específica das mulheres já se fez presente neste primeiro momento, especialmente porque o perfil majoritário dos ‘atores’ dos movimentos sociais que impulsionavam estas mudanças era, na verdade, de ‘atrizes’ (SOUZA-LOBO apud FARAH, *op.cit.*). As demandas iniciais destas atrizes que começavam a constituir-se como sujeitos políticos estavam relacionadas à pressão por democratização e a questões que emergiam do modelo econômico vigente que acentuava a pobreza e suas mazelas. Como observa a autora, “*os movimentos sociais urbanos organizavam-se em torno de questões como falta de água e de saneamento nas periferias*

urbanas e de reivindicações por equipamentos coletivos como escolas, creches e postos de saúde'. No bojo destas demandas, algumas se referiam a problemas e necessidades específicos das mulheres, como por exemplo o direito a creche para os filhos, saúde da mulher, acesso a contraceptivos e proteção contra a violência doméstica. Nestas demandas houve convergência com as pautas do movimento feminista que buscava transformar a condição da mulher na sociedade na perspectiva da igualdade entre os sexos. Esta convergência fortaleceu o movimento e contribuiu para a inserção da perspectiva de gênero nas políticas públicas.

As primeiras políticas com recorte de gênero surgem na década de 1980, como resultado desses movimentos, das quais são exemplos: a criação do Conselho Estadual da Condição Feminina de São Paulo, em 1983; da primeira Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher, em 1985, também em São Paulo; do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983; e do Conselho Nacional de Direitos da Mulher, ligado ao Ministério da Justiça, em 1985. O movimento da Constituinte contou também com a participação ativa dos movimentos feminista e de mulheres, organizadas sob o lema "*Constituinte pra valer tem que ter palavra de mulher*". A Constituição Federal de 1988 incorporou muitas das propostas do movimento, que incluíam direitos na área da saúde, família, trabalho, violência, discriminação, cultura e propriedade da terra (FARAH, 2004: 51-52).

O Conselho Nacional de Direitos da Mulher que, embora vinculado ao Ministério da Justiça respondia diretamente ao Presidente da República, conforme observa Montaño (2003: 10), alcançou certa autonomia financeira e administrativa,

formalizando a participação do movimento de mulheres através de um conselho deliberativo, criando uma direção técnica e implantando uma forma de fazer política onde a sociedade civil teve um grande papel de protagonista. O caráter deliberativo do Conselho esteve na lei desde 1985, enquanto que outros conselhos existentes no Brasil como o da saúde, o assumiram somente nos anos noventa.

Tendo por missão a de promover políticas que assegurassem às mulheres condições de igualdade de direitos, liberdade e plena participação em todas as esferas da sociedade, competia ao CNDM, entre outras atribuições, sugerir projetos de lei, fiscalizar a implementação das leis, receber e encaminhar aos órgãos competentes denúncias sobre discriminação contra as mulheres e desenvolver programas e projetos de apoio ao movimento autônomo de mulheres.

O segundo grande momento de mudança nas políticas identificado por Farah está relacionado à crise do Estado, que determina uma inflexão na agenda da reforma tendente à "*busca da eficiência, da eficácia e da efetividade da ação estatal*" (*idem*, p.52). Como afirma a autora, a nova agenda se estrutura em torno dos eixos:

a) descentralização, vista como uma estratégia de democratização, mas também como forma de garantir o uso mais eficiente de recursos públicos; b) estabelecimento de prioridades de ação (focalização ou seletividade), devido às urgentes demandas associadas à crise e ao processo de ajuste; c) novas formas de articulação entre Estado e sociedade civil, incluindo a democratização dos processos decisórios mas também a participação de organizações da sociedade civil e do setor privado na provisão de serviços públicos; e d) novas formas de gestão das políticas públicas e instituições governamentais, de forma a garantir maior eficiência e efetividade à ação estatal (*ibidem*, p.52).

Farah destaca a tensão permanente, que caracteriza este novo momento, entre ‘eficiência’ e ‘democratização dos processos decisórios e do acesso aos serviços públicos’. A estratégia de descentralização das políticas tem o apoio dos movimentos organizados de mulheres e, embora as políticas específicas voltadas para as mulheres não tivessem chegado a constituir e consolidar um aparato centralizado, a pressão por políticas públicas com recorte de gênero passa a direcionar-se mais enfaticamente para o nível local.

O processo de democratização, acompanhado da tendência à descentralização das políticas, conduziu, de um lado, a divergências no interior dos movimentos de mulheres e feministas – divididos entre as propostas de ocupar espaços governamentais no sentido de impulsionar a formulação de políticas de gênero e de manter a autonomia exercendo tão somente o controle social das políticas – e, de outro, a uma fragmentação do movimento em torno de questões várias afetas à condição da mulher na sociedade, que evoluiu para a constituição de organizações não governamentais dedicadas à implementação de programas nas áreas de saúde da mulher, combate à violência de gênero, educação, geração de trabalho e renda, entre outras. Estas organizações passaram paulatinamente a desempenhar um papel importante na definição das políticas, a partir do diálogo com o Estado para proposta de políticas e de ações de controle social da implementação das políticas de gênero.

A influência internacional também teve um papel relevante na definição das políticas de gênero no Brasil. Como aponta Montañó, os anos 1980 foram ricos em processos orientados a promover estas políticas em âmbito internacional. Já em 1977, os Estados Membros da CEPAL – Comissão Econômica para América Latina e Caribe propõem um *Plano de Ação Regional* que, reconhecendo os vínculos entre a igualdade de gênero e as políticas de desenvolvimento e a importância da participação política, conclama as mulheres a “*participar ativamente na realização de todas as ações propostas, em todos os níveis, utilizando e criando os meios e mecanismos apropriados para isso*”. Para assegurar o alcance dos objetivos de igualdade e integração das mulheres, o Plano afirma a necessidade de implementarem-se “mecanismos interdisciplinares e multissetoriais” nos âmbitos nacional, regional e inter-regional voltados à formulação e implementação de políticas apropriadas. Além disso, o documento conclui

chamando os governos a dotar de orçamento e recursos humanos estes mecanismos “de acordo com seus próprios sistemas administrativos de trabalho”. Esta frase inserida no Plano (parágrafo 21) mostrava o que seria ao longo dos anos uma tensão permanente entre a demanda das mulheres de ter mecanismos no mais alto nível, especificamente a criação de ministérios, e as resistências dos Estados a modificar suas estruturas administrativas para acolher essa demanda. É com esse argumento que o compromisso de criar mecanismos no mais alto nível foi interpretado como o mais alto nível “possível” (*op.cit.*, p.11).

A Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em 1985 em Nairóbi aprovou um conjunto de Estratégias Orientadas para o Avanço da Mulher até o Ano 2000 e as demais conferências, tanto as que compuseram o Ciclo Social da ONU como as promovidas pela OMS, expressaram reiteradamente, conforme vimos no capítulo 4 deste estudo, a importância da igualdade de gênero e da participação das mulheres na formulação e implementação das políticas com vistas ao desenvolvimento.

5.2 MULHERES E SAÚDE: O PAISM

As políticas de atenção à saúde das mulheres, no Brasil como em muitas outras partes do mundo, quando existiam estiveram sempre reduzidas a políticas de atenção materno-infantil. Até meados de 1980 estas foram as únicas políticas voltadas à saúde das mulheres brasileiras, cuja lógica alternava-se historicamente em conformidade com a perspectiva demográfica adotada pelo país: da visão pró-natalista vigente no século XIX, que privilegiava ações protetivas da maternidade e restritivas da autonomia das mulheres sobre seu corpo, às políticas controlistas que prevaleceram nos anos 1970, de difusão dos métodos contraceptivos e com ênfase nas esterilizações – estas focadas particularmente sobre as mulheres pobres, as negras, especialmente das regiões norte e nordeste do país – e continuidade da legislação restritiva à autonomia das mulheres. Nas palavras de Osis (1998: 26) “[o] *ênfase central dos vários programas de saúde materno-infantil estava em intervir sobre os corpos das mulheres-mães, de maneira a assegurar que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades da reprodução social*”.

Para o movimento feminista, que se fortaleceu no país a partir da década de 1970 e para cujas militantes a autonomia das mulheres sobre o próprio corpo representava uma bandeira cara e ponto inegociável da pauta de demandas, tais políticas significavam uma afronta.. Assim, aliadas ao movimento que se organizava em defesa da reforma sanitária e fortalecidas pelas diretrizes políticas que se vinham desenhando no foro internacional (várias delas motivadas pelas preocupações em relação ao crescimento da população mundial), feministas e outros movimentos de mulheres clamavam por mudanças nas políticas de saúde da mulher.

O surgimento do PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde das Mulheres, em 1983, significou um rompimento com a abordagem demográfica e controlista, bem como com a concepção materno-infantil, ao enunciar uma política de “saúde integral da mulher” a qual compreende um novo conceito de atenção à saúde que tem nas mulheres não mais “objetos reprodutivos” das ações de saúde e sim sujeitos ativos no cuidado de sua saúde, em todos os ciclos da vida, e para quem a reprodução é um direito e não dever ou desígnio (VILLELA, 2000). O programa, cuja proposta de criação foi anunciada em junho de 1983 pelo então Ministro da Saúde, quando de seu depoimento em uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) que investigava questões relacionadas ao crescimento populacional, foi desenhado por uma equipe especialmente convocada pelo Ministério da Saúde (MS), que incluía profissionais da saúde reconhecidos e respeitados pelo movimento de mulheres e uma socióloga. A composição da equipe já anunciava a disposição do governo de aproximar-se do movimento de mulheres e de vencer possíveis resistências à implementação do programa (OSIS, *op.cit.* p.26). Neste aspecto, Osis chama a atenção para o paradoxo que caracteriza este programa que, de um lado buscou construir-se em consonância com as demandas da sociedade civil organizada, em particular das organizações de mulheres e, por outro visava a atender às pressões internacionais pela redução das taxas de crescimento demográfico.

O PAISM constituiu-se em uma política inovadora e afinada com o conceito de saúde como um direito humano fundamental. O programa pretendeu proporcionar atendimento pleno às especificidades das mulheres em todos os ciclos de sua vida. Além disso, conformou a primeira política de saúde pública oficial do país que contemplava o planejamento familiar – ações de regulação da fecundidade sem caráter controlista, posto que não incluíam qualquer elemento de coerção. No entanto, embora sua concepção suponha avanços significativos, a efetiva implementação do programa jamais se completou.

5.2.1 ENTRE TEORIA E PRÁTICA, UM ABISMO!

A busca por constituição e garantia de direitos no campo da saúde sexual e reprodutiva das mulheres nas últimas quase duas décadas no Brasil tem se configurado como um trabalho árduo e persistente de enfrentamento de preconceitos e discriminações, da má qualidade dos serviços, da falta de acesso, de intervenções nocivas por parte de grupos religiosos.

Apesar dos reconhecidos os avanços alcançados a partir do PAISM, hoje PNAISM (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher), a atenção básica à saúde das mulheres segue sendo insuficiente e qualitativamente deficitária, além de prevalecerem desigualdades gritantes entre as regiões do país e entre grupos específicos de mulheres (mulheres negras e indígenas, por exemplo, acessam menos e com mais dificuldade os serviços de um modo geral e particularmente os serviços de saúde; as jovens também têm seu acesso dificultado às políticas de saúde sexual e reprodutiva, especialmente acesso a contraceptivos e à informação/educação sexual).

Três questões destacam-se como grandes desafios à efetivação da saúde integral e dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no Brasil: as persistentemente elevadas taxas de mortalidade materna, a criminalização do aborto e a feminização da AIDS – todas relacionadas à falta de políticas eficazes na área de saúde sexual e reprodutiva que, para além das ações em saúde, requerem investimento em educação, assistência social e oportunidades de trabalho e renda para as mulheres.

As causas de morte relacionadas à gravidez, aborto e/ou parto-puerpério são evitáveis em 92% dos casos. Por isso mesmo, a morte materna é considerada um grave problema de saúde pública e um indicador do nível de respeito aos direitos humanos, particularmente aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. A mortalidade materna é um indicador também do nível de desenvolvimento de uma sociedade, expresso através do baixo estatuto sócio-econômico e reprodutivo, de dinâmicas familiares em que a violência está presente e, sobretudo, de dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade. No Brasil, o problema está fortemente associado às desigualdades e iniquidades sociais, sendo um problema ainda difícil de dimensionar em razão do subregistro e subnotificação ainda prevalentes nos serviços de saúde. O indicador estimado para o país pelo Ministério da Saúde para 2004 – a Razão de Morte Materna (RMM) definida como o número de óbitos maternos por cada 100.000 nascidos vivos – foi de 76,09⁹ óbitos, um dado assustador tendo em conta que são mortes evitáveis e quando comparado ao de países desenvolvidos que oscila entre 6 e 20 óbitos por 100.000 nascidos vivos.

Outro grande problema de saúde pública que afeta as mulheres no Brasil está relacionado à prática do aborto inseguro, à sua criminalização e ao tratamento desumanizado das seqüelas dessa prática nos serviços da rede pública de saúde. Conforme o Ministério da Saúde (2006): 686 mulheres são internadas pelo SUS *a cada dia*, em decorrência de complicações relacionadas ao aborto; em 2006, as internações decorrentes dessas

⁹ Dados do Datasus – Indicadores de Mortalidade : <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2003/c03.htm>

complicações totalizaram 250.447, o que representa mais de 4 abortos para cada mil mulheres em idade fértil. O Ministério da Saúde aponta ainda que os abortos contribuem em 15% para a mortalidade materna e refere um estudo do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ) que estima a ocorrência de aproximadamente um milhão de abortos no Brasil, em 2005.

Tanto os abortos inseguros como as mortes maternas atingem mais severamente os grupos das mulheres negras e das indígenas em relação às brancas, bem como refletem as desigualdades regionais e econômicas prevalentes no país.

Outro fenômeno que reflete a inoperância das políticas de saúde sexual e reprodutiva é o da feminização da Aids. Segundo dados do Ministério da Saúde, em 1985, para cada 15 casos novos de Aids em homens, contava-se uma mulher. Em 2005, o número de mulheres infectadas é de 10 para cada 15 homens, evidenciando a alarmante feminização da epidemia e a grande vulnerabilidade das mulheres à contaminação pelo vírus. Além disso, verifica-se o deslocamento da doença dos centros urbanos para o interior do país, das regiões sul e sudoeste para o centro-oeste, norte e nordeste do país e dos mais jovens para os mais velhos, bem como o seu crescimento mais acentuado entre os mais pobres.

O fenômeno que se manifesta crescentemente no Brasil evidencia, como afirma Bastos (2000:7), o papel das desigualdades sociais e de gênero. A dificuldade das mulheres para negociarem sexo seguro com seus parceiros e as situações de pobreza extrema, de falta de acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva amplia substancialmente o grau de vulnerabilidade das mulheres pobres. Ao explicar porque a epidemia se “feminiza”, Bastos aponta para uma maior vulnerabilidade das mulheres à infecção em razão de características biológicas específicas, que é acentuada “*nas mulheres mais jovens, pré-púberes e adolescentes, onde a imaturidade do aparelho genital determina uma fragilização adicional frente à infecção pelo HIV*”. Além disso, fatores associados ao comportamento e às práticas sociais, às persistentes desigualdades de tratamento em relação aos dois gêneros – tratamentos desiguais em termos políticos, culturais e sócio-econômicos – contribuem para esta maior vulnerabilidade.

Além destes, a violência contra a mulher prevalece também como um grave problema de saúde pública que, apesar das políticas instituídas na área da justiça e da segurança, persiste omitida nas estatísticas oficiais sobre violência, carece de políticas efetivas de proteção das mulheres e de prevenção da violência e, apesar de alguns esforços pontuais, segue invisibilizada também na área da saúde, importante porta de entrada para as mulheres que vivem em situação de violência.

5.3 A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A LÓGICA PARTICIPATIVA

A história recente da saúde no Brasil tem como marco fundamental a Constituição Federal de 1988 que deu nascimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) e que estabelece, em seu artigo 196, que: “*A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*”.

A proposta de um Sistema Único de Saúde (SUS) surge no país na década de 1980, impulsionada pelo Movimento de Reforma Sanitária, e é legitimada durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Surge, portanto, como uma demanda da sociedade civil organizada que busca corrigir as deficiências do Sistema de Saúde então vigente.

O Movimento pela Reforma Sanitária surgiu entre profissionais da saúde com visão desenvolvimentista apoiados pelas universidades e por setores organizados da sociedade civil como a CEBES (Centro Brasileiro de Estudos da Saúde), o Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro e a ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva). Em seu resgate histórico da formação deste movimento e de constituição do SUS, Hésio Cordeiro aponta o 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, realizado em outubro de 1979, cujo documento final incluiu uma crítica aguda à política de saúde vigente, como um marco fundador do movimento. Em seu texto final o documento dizia da política vigente no regime autoritário:

Política que substitui a voz da população pela sabedoria dos tecnocratas e pelas pressões dos diversos setores empresariais; política de saúde que acompanha em seu traçado as linhas gerais do posicionamento sócio-econômico do governo – privatizante, empresaria e concentrada em renda, marginalizando cerca de 70% da população dos benefícios materiais e culturais do crescimento econômico (...) Política de saúde, enfim, que esquece as necessidades reais da população e se norteia exclusivamente pelos interesses da minoria constituída e confirmada pelos donos das empresas médicas e gestores da indústria da saúde em geral (CEBES, 1980, *apud* CORDEIRO, 2004: 346).

Conforme este autor, o documento aprovado no referido simpósio estabelecia um conjunto de princípios que viriam a nortear o movimento pela reforma sanitária. São eles: 1) o direito à saúde como direito universal e inalienável; 2) o caráter intersetorial dos determinantes da saúde; 3) o papel do Estado no sentido de regular “*para obstaculizar os efeitos mais nocivos das leis do mercado na área da saúde*”; 4) descentralização, regionalização e hierarquização; 5) participação popular e controle democrático.

Após um longo processo de debates e articulações políticas, no contexto do movimento de democratização do país, é no âmbito da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada entre 17 e 21 de março de 1986, que se dão os passos decisivos da reforma da saúde no país. A Conferência estruturou-se em torno dos temas *Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do Setor*. Ela contou com a participação de cerca de três mil pessoas, sendo mil delegados com direito a voto.

O SUS é criado oficialmente em 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal, que estabelece que:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

(...)

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade. (CF, 1988)

O SUS só vem a ser regulamentado em 1990, através da Lei 8.080 que define, entre outras, uma concepção mais abrangente de saúde:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (Art.3º - Lei 8080/90).

A lei 8080/90 define também os princípios norteadores do SUS: *universalidade, equidade, integralidade, hierarquização, participação popular e descentralização*. Ou seja, a democratização dos processos decisórios, através da participação de usuários nos *Conselhos Municipais de Saúde* passa a integrar a estrutura do sistema único de saúde. Importante notar que tais princípios, em boa parte, já estavam contidos na Declaração de Alma-Ata, de 1978, que propugnava ações que garantissem “saúde para todos” em 2000 e que incluíssem a organização pelos países de sistemas de saúde integrais, coordenados com outros setores, com foco na atenção primária e garantia de

participação das comunidades na formulação e implementação das estratégias e políticas de saúde.

A lei 8.142/90 vem regulamentar a participação popular no sistema de saúde, definindo as *Conferências de Saúde* como os fóruns de proposição e de avaliação das diretrizes das políticas de saúde nas três esferas de governo – federal, estadual e municipal – e os *Conselhos de Saúde* como instâncias colegiadas, de caráter permanente e deliberativo e de composição paritária – de um lado usuários, representados por instituições da sociedade civil, e, de outro, os gestores públicos e privados e os trabalhadores da saúde. Além de qualificar estas instâncias de controle social, a lei também condiciona o repasse de recursos a Estados e municípios à existência dos conselhos.

5.3.1 AS INSTÂNCIAS INSTITUÍDAS DE CONTROLE SOCIAL DA SAÚDE

O tema do controle social ganha espaço no Brasil a partir da década de 1980, com o processo de democratização e, especialmente, com a Constituição Federal de 1988 que institucionalizou mecanismos de participação da sociedade nas políticas públicas e na fiscalização da ação do Estado – as Conferências e os Conselhos Gestores.

A área da saúde constitui um caso paradigmático desta inovação, com seu projeto de gestão apoiado em um *sistema único* (porque estruturado e organizado de modo uniforme em todo o espaço nacional) cuja concepção comporta a idéia de que a descentralização administrativa, a participação popular e a fiscalização social constituem-se como mecanismos efetivos para o alcance da qualidade e da equidade na prestação e distribuição dos serviços de saúde. A saúde foi a área de política social onde o modelo de descentralização alcançou sua maior amplitude e radicalidade de implantação. O Sistema Único de Saúde - SUS compreende um arcabouço jurídico-normativo consistente que determina uma estrutura institucional adequada à idéia de aproximar a gestão dos cidadãos usuários, através da municipalização e do papel atribuído aos conselhos (FLEURY *et al.*, 1997; ROMÃO NETTO, 2006).

As Conferências de Saúde (nacional, estaduais e municipais) constituem instâncias de participação ampla, destinadas à definição das diretrizes gerais das políticas de saúde. Conforme a apresentação do Ministério da Saúde, a *Conferência de Saúde é a instância colegiada do SUS que conta com a representação dos vários segmentos sociais para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a*

*formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pela Conferência ou pelo Conselho de Saúde*¹⁰.

A Conferência Nacional de Saúde deve reunir-se a cada quatro anos, conforme determina a Lei 8.142/90. A mesma lei estabelece que as Conferências de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regime próprio, aprovado pelo respectivo conselho.

Conferências de Saúde

A 1ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu em 1941, durante o governo de Getúlio Vargas, e teve por objetivo “*promover o permanente entendimento do então Ministério da Educação e Saúde com os governos estaduais na administração dos negócios de sua competência*”. Entre as suas finalidades estavam:

- a) Estudar as bases da organização de um programa nacional de saúde e de um programa nacional de proteção da infância, síntese dos objetivos a serem atingidos e dos meios a serem mobilizados, nesses dois terrenos do serviço público nacional.
- b) Estudar e definir o sistema de organização e de administração sanitárias e assistenciais, nas órbitas estadual e municipal.
- c) Considerar, de modo especial, as campanhas nacionais contra a lepra e tuberculose, para o fim de serem assentadas medidas relativas à sua coordenação e intensificação, e bem assim a situação das cidades e vilas de todo o país quanto à montagem e funcionamento dos serviços de águas e esgotos (Brasil, 1941).

A 1ª CNS definiu que as próximas conferências deveriam ocorrer anualmente, ou a cada dois anos, periodicidade que não se efetivou – a segunda conferência aconteceu apenas em 1950 e a terceira em 1963, sucedendo-se as demais em intervalos também irregulares.

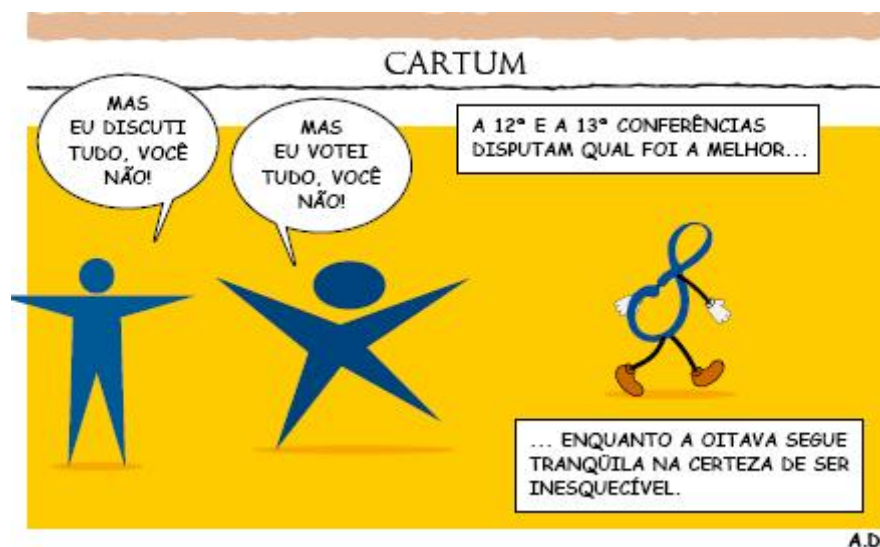
Das 13 Conferências Nacionais de Saúde realizadas entre 1941 e 2007, a 8ª foi sem dúvida a mais importante e a que produziu maiores efeitos. Realizada em 1986, no contexto de “abertura democrática” do regime autoritário e da crise da previdência e da saúde, a 8ª CNS foi a culminação de um processo iniciado na década de 1970 que congregava profissionais e pesquisadores da área da saúde, instituições acadêmicas e entidades da sociedade civil – o movimento sanitarista. Este grupo vinha, desde o início da década de 1970, criticando e debatendo o modelo de política de saúde brasileiro e apresentando propostas para sua reforma.

¹⁰ Portal da Saúde: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1041

O processo de preparação da 8ª CNS incluiu a realização de diversas pré-conferências estaduais e ampla divulgação das temáticas propostas, de modo a estimular os debates na sociedade. Todos os estados realizaram pré-conferências e em alguns ocorreram também conferências municipais. Esta forma de organização oportunizou o debate amplo e democrático e possibilitou que “*representantes da sociedade civil organizada sentassem à mesma mesa de discussão com técnicos, profissionais da saúde, intelectuais e políticos*”¹¹.

Os critérios de representatividade estabelecidos para a 8ª Conferência definiam 50% dos delegados representando instituições – públicas, estatais, educacionais e de pesquisa – e outros 50% representando a sociedade civil, com a seguinte distribuição: 15% para entidades e associações de produtores privados de serviços de saúde; 20% para entidades e associações das diversas categorias de profissionais da saúde; 30% para sindicatos e associações de trabalhadores urbanos e rurais; 10% para associações de bairros; 20% para entidades comunitárias e outros entidades civis; e 5% para partidos políticos.

O momento de efervescência e transição políticas, de crise nos sistemas de saúde e previdência, certamente contribuiu para conferir àquele evento o caráter de insuperabilidade de que goza ainda hoje, como sugere o *cartoon* da Radis¹², abaixo.



Fonte: RADIS – Comunicação em Saúde, Nº 65 Jan, 2008.

Com maior ou menor impacto sobre as políticas de saúde, desde a 8ª CNS as conferências de saúde têm-se constituído em espaços democráticos importantes de definição das diretrizes para as políticas de saúde. Espaços de embate entre os múltiplos e diversos atores que compõem

¹¹ Álvaro Nascimento (coordenador do RADIS/ENSP/FIOCRUZ). História da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: http://www.fameca.br/caer/esq_artigos/04.htm

¹² Revista Radis – Comunicação em Saúde, Nº 65, Janeiro de 2008 – Rio de Janeiro: Fiocruz

a sociedade brasileira – entre interesses do Estado e interesses (muitas vezes conflitantes) dos diferentes grupos que compõem a sociedade civil.

Conselhos de Saúde

Os Conselhos de Saúde (nacional, estaduais, municipais e distritais) concebidos com caráter paritário, isto é, 50% de representação dos usuários e outros 50% divididos entre gestores e trabalhadores da saúde, constituem espaços deliberativos de formulação de políticas em saúde, de alocação de recursos e de avaliação das políticas e fiscalização dos serviços de saúde.

A Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003, do Conselho Nacional de Saúde, estabelece as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde que são assim definidos:

Primeira Diretriz: Conselho de Saúde é órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/90. O processo bem sucedido de descentralização tem determinado a ampliação dos Conselhos de Saúde que ora se estabelecem também em Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos Distritais Sanitários Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente.

O Conselho de Saúde consubstancia a participação da sociedade organizada na administração da Saúde, como Subsistema da Seguridade Social, propiciando seu controle social.

Parágrafo único. Atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros.

O primeiro Conselho Nacional de Saúde foi criado em 1937, através da lei 378, tendo por atribuição a de assessorar o então Ministério da Educação e Saúde, em conjunto com o Conselho Nacional de Educação. Até 1990, o órgão se caracterizava como um colegiado formado por especialistas na área de saúde pública, de caráter consultivo e normativo.

Com a instituição do Sistema Único de Saúde, que tem entre os seus princípios norteadores a descentralização da saúde e a participação social, extingue-se aquele conselho original e um novo Conselho Nacional de Saúde é instituído, através do Decreto 99.438/90. Este conselho tem caráter deliberativo e congrega diversos segmentos da sociedade. Entre outras atribuições, compete ao CNS analisar e deliberar sobre assuntos de saúde pública através de resoluções que devem ser adotadas pelo Ministério da Saúde.

A composição do Conselho Nacional de Saúde obedece aos critérios da Resolução 333/2003, do próprio CNS – é paritária (50% usuários e 50% gestores, trabalhadores da saúde e prestadores de serviços do setor privado), compreendendo 48 conselheiros titulares e seus respectivos suplentes, representantes de entidades e movimentos sociais de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), entidades de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica, entidades de prestadores de serviço, entidades empresariais da área da saúde e entidades e instituições do governo. Conforme determina o decreto presidencial 5.839/2006, o CNS é composto por 48 conselheiros titulares e 96 suplentes. Desse total, 24 titulares e 48 suplentes representam entidades e movimentos sociais de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS); 12 titulares e 24 suplentes representam entidades de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica; dois titulares e quatro suplentes representam entidades prestadoras de serviço; e dois titulares e quatro suplentes representam entidades empresariais da área da saúde. No segmento dos gestores, seis conselheiros titulares e 12 suplentes representam o governo federal; um titular e dois suplentes representam o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); e um titular e dois suplentes representam o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS)¹³.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) contempla ainda comissões intersetoriais subordinadas ao mesmo e compostas por representantes governamentais e de organizações da sociedade civil. Tais comissões têm por finalidade articular políticas e programas cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS, como por exemplo, a Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (CISMU), criada pela Resolução 39, de 4/2/1993. Os Comitês pela Redução da Morte Materna e Neonatal vêm também se multiplicando no Brasil (de 495 em 2001 para 951 em 2005) (BRASIL, 2006), formados por profissionais de saúde e representantes da comunidade e dedicados a investigar as mortes das mulheres para identificar suas causas e como aquelas poderiam ter sido evitadas.

A CISMU tem por objetivo apoiar o CNS na discussão e aprofundamento dos temas relacionados à saúde da mulher com vistas a formulação de estratégias e políticas voltadas à superação de problemas identificados. A composição atual da CISMU compreende a seguintes representações:

- § Ministério da Saúde;
- § CNPD- Comissão Nacional de População e Desenvolvimento
- § Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB;

¹³ Dados do sítio do Conselho Nacional de Saúde: <http://conselho.saude.gov.br/>

- § Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos;
- § Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO (GT Gênero e Saúde);
- § Central Única dos Trabalhadores – CUT;
- § Movimento Nacional de Mulheres Portadoras de Deficiência;
- § CONASSEMS
- § Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO.

Com relação aos conselhos municipais de saúde, existem atualmente no Brasil 5.553 desses conselhos municipais (CNS, 2007/2008), o que significa a quase totalidade dos municípios brasileiros (5.564, segundo dados do IBGE, 2005). Conforme observa Correia (2006), sendo a criação dos conselhos uma exigência legal que condiciona o repasse de recursos da esfera federal para as esferas estaduais e municipais ocorre, muitas vezes, serem eles criados apenas formalmente, com o objetivo de atender ao requisito legal e, assim, constituírem-se em meros legitimadores da gestão, alvos da manipulação dos gestores.

5.3.2 O MODELO DE GESTÃO DO SUS

Os princípios de gestão do SUS estão expressos no Art. 198 da Constituição Federal:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

Esta estrutura é regulamentada pelas Leis 8.80/90 e 8.142/90. A primeira atribui à direção nacional do SUS a responsabilidade de “*elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação com os estados, municípios e o Distrito Federal*” (inciso XVIII do Art. 16) e, em seu Capítulo III, estabelece o processo de planejamento e orçamento que “*será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União*” (Art. 36). Segundo o Ministério da Saúde

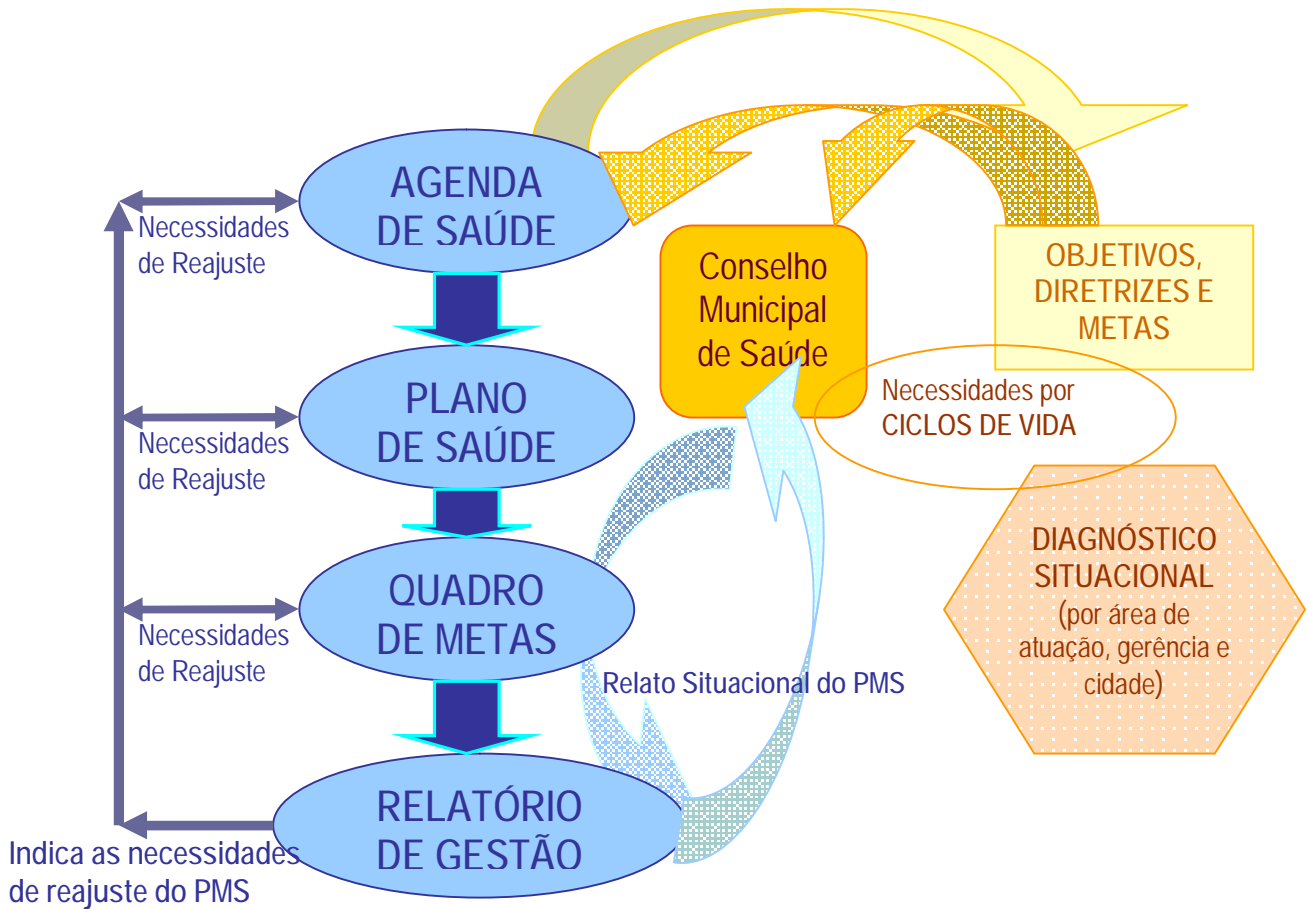
Essa lógica de formulação ascendente é um dos mecanismos relevantes na observância do princípio de unicidade do SUS com seus três níveis de direção. O Nível federal tem por principais atribuições formular, avaliar e apoiar políticas; normalizar ações; prestar cooperação técnica aos

estados, ao Distrito Federal e aos municípios; e controlar e avaliar as ações e os serviços, respeitadas as competências dos demais níveis. À direção estadual do SUS compete promover a descentralização dos serviços; executar ações e procedimentos de forma complementar aos municípios; prestar apoio técnico e financeiro aos municípios. Cabe à direção municipal do SUS, principalmente, a execução, controle e avaliação das ações e serviços de saúde. A lei define também os Planos de Saúde como “bases para as atividades e programações em cada nível de direção do SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária” e atribui ao Conselho Nacional de Saúde a responsabilidade pelo estabelecimento de diretrizes para a elaboração dos planos de saúde, “em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa”.

A Lei Nº. 8.142/90 estabelece em seu Art. 4º, entre os requisitos para o recebimento dos recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde, que os municípios, estados e o Distrito Federal devem contar com plano de saúde e relatório de gestão “que permitam o controle de que trata o §4º do artigo 33 da Lei Nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990” (BRASIL, 2006b).

A figura 2 abaixo resume o processo e os instrumentos de planejamento previstos para o SUS. Neste contexto, observa-se a relevância do papel dos conselhos de saúde na definição das diretrizes e prioridades para o plano, bem como na sua avaliação.

Figura 2
PLANEJAMENTO DO SUS



Fonte: PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE, 2008 – elaborado por Marco Antônio Macerata, com base no PLANEJASUS.

A representação do modelo de planejamento do SUS reserva um papel relevante para o Conselho de Saúde, que atua, a um tempo, como mediador entre as demandas e necessidades da sociedade e a agenda de políticas do gestor e, em outro, na validação desta agenda e plano e na avaliação de sua implementação.

Na prática, vários estudos têm demonstrado que a dificuldade de acesso à informação, a falta de estrutura adequada e mesmo as atitudes dos gestores em relação ao processo e à qualidade dos documentos e informações que disponibilizam aos conselhos fazem desta lógica participativa de formulação e controle social das políticas uma utopia (SOARES, 2008; JACOBI, 2005; GONÇALVES, 1999; VASCONCELOS, 2005).

Quando se toma especificamente o tema da saúde da mulher, mesmo quando os conselhos funcionam de forma compatível com as funções e poderes que lhes são determinados

por lei, observa-se sua total inoperância tanto na formulação como no controle social da implementação de políticas nesta área. Como revela Ana Maria Costa – e como pudemos comprovar pela leitura um bom número de atas de reuniões de conselhos municipais de saúde de diversos municípios brasileiros –, observa-se a inexistência quase absoluta da discussão da temática da saúde da mulher nas reuniões dos conselhos. Segundo a pesquisadora, “*o único documento em que aparece a temática da saúde da mulher nas reuniões de conselhos é quando se trata de credenciamento de partos*” (2003: 100). Isto sugere, de uma parte, o papel quase inexpressivo dos conselhos municipais para a formulação e o controle social das políticas de saúde sexual e reprodutiva e, de outra, o despreparo dos atores que compõem estes conselhos para identificar as mesmas como políticas relevantes para o desenvolvimento e para a saúde integral da população.

5.4 OUTROS ATORES RELEVANTES

A par das instâncias e atores que integram a própria concepção do Sistema Único de Saúde, outros atores e instituições têm desempenhado um papel importante na formulação e implementação das políticas na área da saúde, particularmente no campo da saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Entre eles vale mencionar os Conselhos de Direitos da Mulher, as numerosas organizações e redes feministas e de mulheres existentes no Brasil, o Ministério Público, a Igreja Católica e outros grupos religiosos e, no âmbito internacional, a diplomacia brasileira.

O Conselho Nacional de Direitos da Mulher, criado em 1985 com o objetivo de “*promover em âmbito nacional, políticas que visem a eliminar a discriminação da mulher, assegurando-lhe condições de liberdade e igualdade de direitos, bem como sua plena participação nas atividades políticas, econômicas e culturais do país*”¹⁴ e os conselhos estaduais e municipais que o sucedem desempenham um papel ativo e relevante no controle social das políticas para as mulheres e têm contribuído para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das brasileiras, o que envolve ações que extrapolam o âmbito da saúde, envolvendo áreas diversas como segurança pública, educação e trabalho.

Desde a década de 1970, a atuação das organizações de mulheres e feministas no Brasil tem sido fundamental para o avanço das políticas de direitos humanos de um modo geral e, particularmente, para as políticas com recorte de gênero. O trabalho de *advocacy* exercido por estas organizações tem sido responsável pela regulamentação na legislação brasileira dos compromissos

¹⁴ Ver Conselho Nacional de Direitos das Mulheres:
http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sepm/conselho/

assumidos pelo país na esfera internacional. Muitas delas desempenham um papel relevante também na implementação de políticas, onde o Estado se tem revelado incompetente para garantir às mulheres os seus direitos – proliferam no país organizações de mulheres que proporcionam assistência jurídica a mulheres em situação de violência, que atuam na capacitação de agentes comunitárias de controle social das políticas, que sensibilizam e capacitam agentes públicos (nas áreas da saúde, da segurança, da justiça, da educação por exemplo) para a perspectiva de gênero no desempenho de suas funções e para a efetiva implementação das políticas instituídas¹⁵. O controle social das políticas é exercido por estas organizações de formas diversas, desde a participação nas instâncias instituídas à elaboração de relatórios sombra sobre o cumprimento de compromissos internacionais assumidos pelo Estado brasileiro, bem como o ingresso de ações públicas nos foros de justiça nacionais e internacionais. Destas últimas são exemplo notáveis a ação em favor de Maria da Penha contra o Estado brasileiro na Corte Interamericana de Direitos Humanos, em um caso grave de omissão da Justiça, e a ação pública buscando garantir o direito ao aborto a uma gestante de feto anencéfalo.

O Ministério Público se tem revelado também um ator importante na implementação das políticas de saúde¹⁶. Esta atuação pode por vezes favorecer os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, obrigando o Estado quando este falha em cumprir com as normas estabelecidas que garantem estes direitos, mas por outras pode também interferir no sentido de tentar garantir políticas equivocadas como a que visava ao implante subcutânea de contraceptivos em adolescentes das regiões de periferia de Porto Alegre – uma política de caráter visivelmente controlista e, ademais, irresponsável face à falta de evidência médica da efetividade de tais implantes e face às estatísticas alarmantes de feminização da Aids especialmente entre as jovens. No Anexo I podemos identificar os diversos posicionamentos em relação a este evento e divisar a forma como algumas políticas são construídas no âmbito da saúde sexual e reprodutiva das mulheres.

A interferência da Igreja Católica¹⁷ e de outros grupos religiosos na esfera da saúde sexual e reprodutiva das mulheres é histórica e interfere negativamente em ações que poderiam promover a autonomia das mulheres em relação à reprodução evitando mortes, sofrimento e o aumento da miséria e da fome. Muito da sobrevivência de uma cultura patriarcal no Brasil, como em toda a América Latina, deve-se ao importante papel que as instituições religiosas ainda desempenham na educação e aos dogmas que impõem o controle sobre o corpo e a sexualidade

¹⁵ Para referência de organizações atuantes no Brasil ver: Secretaria Especial de Políticas para Mulheres – links: http://200.130.7.5/spmu/portal_pr/links/links_mulheres.htm

¹⁶ Ver Anexos para exemplos da atuação do Ministério Público.

¹⁷ Ver Anexos para exemplos da ação de grupos religiosos sobre questões da saúde sexual e reprodutiva.

das mulheres. O impacto desses grupos é ainda maior porque sua ação não está limitada aos templos e espaços educacionais, mas permeia todos os espaços políticos e de poder revelando-se fortemente articulado em todos estes âmbitos.

Por fim, na esfera internacional, pelo menos até os primeiros anos da década de 2000 a diplomacia brasileira vinha desempenhando um papel crucial para o avanço das políticas de direitos humanos de um modo geral e em particular para as políticas de gênero em âmbito mundial¹⁸. Os acordos internacionais que estabelecem as diretrizes na área da saúde sexual e reprodutiva das mulheres, especialmente os acordos do Cairo e de Pequim, contaram com um aporte importante do Brasil, tanto na formulação das propostas, como em sua defesa enfrentando as resistências fundamentalistas.

¹⁸ Ver, por exemplo, posições do Brasil em relação aos tratados internacionais de direitos humanos nos sítios da OEA - Organização dos Estados Americanos: <http://www.oas.org/juridico/spanish/fmateria.html>; e da ONU – Organização das Nações Unidas: <http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/Statusfrset?OpenFrameSet>

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão da literatura que desenvolvemos neste estudo sugere que, no Brasil, a formulação e a implementação das políticas na área da saúde sexual e reprodutiva está fortemente associada ao papel de atores externos à estrutura instituída do Sistema Único de Saúde que teoricamente deveria contemplar o ciclo completo das políticas de saúde em cada área como ilustrado no modelo de planejamento em saúde apresentado na página 54. Contrariando a diretriz ascendente que a estrutura teórica do SUS propõe, a construção das (poucas) políticas de saúde sexual e reprodutiva hoje vigentes se dá de forma vertical: seja através de normas técnicas emitidas pelo Ministério da Saúde (ver lista no Anexo I) e provocadas pela ação do movimento de mulheres e por influência ou para adequação aos compromissos assumidos internacionalmente pelo Estado brasileiro, seja por iniciativa de gestores locais, a revelia das áreas técnicas e à revelia dos conselhos municipais de saúde, como é o caso da política dos implantes contraceptivos em Porto Alegre. Vale mencionar que, com o processo de democratização do país, muitas das militantes feministas e das organizações de mulheres passaram a ocupar cargos nos governos nas diversas esferas. Assim, muitas das políticas formuladas na perspectiva de melhorar o acesso das mulheres a seus direitos foram formuladas a partir dos órgãos ocupados por estas ativistas.

Por outro lado, a revisão histórica da evolução dos conceitos de saúde e de desenvolvimento também sugere uma forte influência dos debates internacionais sobre o próprio movimento de democratização do país e de universalização da saúde. Embora a maior parte dos estudos consultados sobre o processo de criação do SUS e sobre o movimento de reforma sanitária no país não façam referência aos debates internacionais que ocorriam na mesma época e, quando se referem a influência externa refiram-se tão somente às propostas neo-liberais de reforma e tentativa de privatização do Estado, fica evidente da análise a antecedência na esfera internacional das recomendações de democratização, de universalização da saúde, de participação social na formulação das políticas e de incorporação de recortes de gênero no desenho das mesmas. O perfil dos atores que lideraram o processo de criação do SUS no Brasil – intelectuais e profissionais destacados, ligados às melhores universidades do país, membros de uma elite politicamente articulada e com trânsito livre nas esferas do governo da linha autoritária, ainda que defendessem a abertura democrática e os processos participativos – leva a crer que muitas das idéias que nutriram a proposta da chamada “Constituinte da Saúde” tivessem origem nos foros internacionais de que essas personagens certamente participavam.

Assim, por mais que seja saudável para os cidadãos de uma nação acreditarem que são os verdadeiros arquitetos das instituições que lhes garantem a cidadania, há que reconhecer a forte

influência de uma governança internacional nos avanços conquistados no âmbito dos direitos humanos, da justiça social e da equidade. Talvez o reconhecimento desta influência possa explicar a persistente distância no Brasil entre um arcabouço legal progressista e a desastrosa realidade da justiça social – a persistente dificuldade de implementação das políticas tão magistralmente construídas no papel. Se no âmbito dos formuladores havia um preparo para a mudança radical, no terreno da implementação os atores não estavam (e não estão ainda) culturalmente preparados para a mudança – aferrados a práticas paternalistas, clientelistas, autoritárias, patriarcais, ofereceram e ainda opõem resistência às mudanças. De um lado governantes e gestores que não abrem mão do poder e suas benesses, de outro “quase-cidadãos” formalmente investidos de poder, mas que tendem a reproduzir aquelas práticas e desconhecem os caminhos da verdadeira participação social.

Talvez, ainda, o reconhecimento de uma construção internacional e suprapartidária de um modelo de governança que busca a equidade e a justiça social possa romper barreiras entre extremos ideológicos que já não fazem sentido e que muitas vezes buscam os mesmos resultados por caminhos diferentes, dizem as mesmas coisas com palavras diferentes, e não se entendem, e obstaculizam a ação do outro, e desperdiçam a oportunidade e as vantagens da diversidade de olhares e da construção coletiva de soluções. O estudo sugere que o Brasil viveu um momento assim durante o processo de criação do SUS e de Constituinte nacional, quando foi possível construir um modelo de gestão pública que merece ser efetivamente implementado.

Por fim, o estudo proposto revelou-se maior do que a expectativa inicial e as descobertas que se iam produzindo conduziram à busca de novas informações, que resultaram em um volume considerável de materiais merecedores de um exame mais aprofundado que possa corroborar ou desmentir as impressões que resultaram da pesquisa. Ela abriu muitas portas, algumas já exploradas por várias pesquisadoras e vários pesquisadores, outras nem tanto, que merecem um exame detalhado como a da linha que une a formulação das políticas e estabelece os nexos entre os atores nos diversos níveis – do internacional ao municipal, do das organizações civis às instituições religiosas.

Porto Alegre, junho de 2008.

REFERÊNCIAS

- ABRAMOVICH, Victor. *Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo*. In: Revista de la CEPAL 88, Abril, 2006 (pgs. 35-50).
- ALBA, Anneli. *Introduction* In: PARPART, J. L; CONNELLY, M. P. e BARRITEAU, V. E. (org.). *Theoretical Perspectives on Gender and Development*. Ottawa: IDRC – International Development Research Centre, 2000.
- BARRAZA, Cecilia; QUINTERO, Beatriz. *Ampliación y Profundización de la Participación Ciudadana de las Mujeres: Insumos para un Plan de Igualdad entre Mujeres y Hombres*. Bogotá: Red Nacional de Mujeres – Regional Bogotá, mayo de 1999.
- BAILEY, Barbara; LEO-RHYNIE, Elsa; MORRIS, Jeanette. *Why Theory?* In: PARPART, J. L; CONNELLY, M. P. e BARRITEAU, V. E. (org.). *Theoretical Perspectives on Gender and Development*. Ottawa: IDRC – International Development Research Centre, 2000.
- BEAUVOIR, Simone de. *El Segundo Sexo (Vol. I): Los hechos y los mitos*. Madrid: Ediciones Cátedra, 1998.
- BERQUÓ, Elza. *Perfil demográfico das chefias femininas no Brasil*. In: Bruschini, Cristina; Unbehaum, Sandra G.,org.(2002) Gênero,democracia e sociedade brasileira.São Paulo: Fundação Carlos Chagas/ Editora 34, 2002 (pgs. 243-265).
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Painel de Indicadores do SUS*. Brasília: MS, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Ano I, nº 1, Agosto de 2006a
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Coordenação Geral de Planejamento. Organização e Funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS. Série B: Textos Básicos em Saúde / Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
- ÇAĞATAY, Nilüfer. *Trade, Gender and Poverty*. New York: United Nations Development Program (UNDP), 2001.
- _____. *Gender and Poverty*. Working Paper Series No. 5. New York: UNDP, 1998.
- CASTRO, Mary G. *“Feminização da pobreza” em cenário neoliberal*. In: Galeazzi, Irene M. S., org. *Mulher e trabalho*. Porto Alegre: PED-RMPA, 2001. Disponível em: <http://www.fee.rs.gov.br/sitefee/download/mulher/2001/artigo6.pdf> (Acessado em 05/10/2007)
- CAVENAGHI, Suzana (Org.). *Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva*. Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA, 2006.
- CORDEIRO, Hésio. O Instituto da Medicina Social e a Luta pela Reforma Sanitária: Contribuição à História do SUS. In: PHYSIS: - Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(2):343-362, 2004
- CORRÊA, Sonia; JANNUZZI, P. M. e ALVES, J. E. D. *Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva: Marco Teórico-conceitual e Sistema de Indicadores*. In: CAVENAGHI, S. (Org.). *Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva*. Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA, 2006.

CORRÊA, Sonia. *Cairo + 10: a controvérsia que não acabou*. In: ALVES, J.E.D.; CAETANO, A.J. e CORRÊA, S. (Org.) Dez anos do Cairo: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil. Campinas: Associação Brasileira de Estudos Populacionais - ABEP / Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA, 2004.

CORREIA, Maria Valéria C. *Controle Social na Saúde*. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-6.pdf (Acessado em: 15.05.2008).

COSTA, Ana Alice. *Gênero, Poder e Empoderamento das Mulheres*. AGENDE. Disponível em: http://www.agende.org.br/docs/File/dados_pesquisas/feminismo/Empoderamento%20-%20Ana%20Alice.pdf – (Acessado em

DURAND, Julia G. *Gestação e Violência: Estudo com usuárias de serviços públicos de saúde na Grande São Paulo*. Dissertação de Mestrado. Orientadora: Profa. Lilia Blima Schraiber. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2005

ESPÍNOLA, Artemisa F. *La segunda ola del movimiento feminista: el surgimiento de la Teoría de Género Feminista*. In: Mneme – Revista Virtual de Humanidades, n.11, vol. 5, jul-set/2004. Disponível em <http://www.seol.com.br/mneme>

EIBEN, Rosalind; LOVETT, Jarrod. *Political and Social Inequality: a review*. IDS Development Bibliography 20. Brighton, Sussex: Institute for Development Studies, March, 2004.

FARAH, Marta F.S. *Gênero e Políticas Públicas*. Revista de Estudos Feministas, 12(1): 47-71. Janeiro-Abril/2004.

FLEURY, Sonia *et alii*. *Municipalização da Saúde e Poder Local no Brasil*. In: Revista de Administração Pública, Vol. 31, nº 5, setembro-dezembro de 1997.

FRASER, Nancy. *Feminist Politics in the Age of Recognition: A Two-Dimensional Approach to Gender Justice*. In: Studies in Social Justice, Vol.1, Nº 1, Winter 2007

GRIMM, Michael *et al*. *A Human Development Index by Income Groups*. Mimeo, University of Göttingen, Department of Economics, 2007.

HARCOURT, Wendy. *The capabilities approach for poor women: empowerment strategies towards gender equality, health and well-being*. St. Edmund's College, Cambridge, 2006. Disponível em: <http://www.st-edmunds.cam.ac.uk/vhi/sen/papers/harcourt.pdf>

LOPEZ-CLAROS, Augusto; ZAHIDI, Saadia. (Trad.:José Humberto Fagundes) *Empoderamento das Mulheres – Avaliação das disparidades globais de gênero*. UNIFEM – Fórum Econômico Mundial, 2005.

MEDEIROS, Marcelo; COSTA, Joana S. *Poverty among Women in Latin America: feminization or over-representation?* Trabalho apresentado no Encontro ANPEC 2005. Disponível em: <http://www.anpec.org.br/encontro2005/artigos/A05A150.pdf>

MEIER, Gerald M. *Economic Development : Biography of a Subject*. Cary, NC, USA: Oxford University Press, Incorporated, 2004.

MOKATE, Karen. *Eficacia, eficiencia, equidad y sostenibilidad: ¿qué queremos decir?* - Series Documentos de Trabajo I-24 – INDES. Washington: INDES – Instituto Interamericano para el Desarrollo Social, 2001.

MONTAÑO, Sonia; PITANGUY, Jacqueline; LOBO, Thereza. As políticas públicas de gênero: um modelo para armar. O caso do Brasil. Serie Mujer y Desarrollo N° 45. Santiago de Chile: CEPAL/ ECLAC, Junho de 2003.

MONTAÑO, Sonia. *Políticas para el empoderamiento de las mujeres como estrategia de la lucha contra la pobreza*. Documento de Trabajo. CEPAL-Comisión Económica para América Latina y el Caribe - Trigésima tercera reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre la Mujer en América Latina y el Caribe. Puerto España, Trinidad y Tobago, 9-11 de outubro de 2001.

NOVELLINO, Maria Salet F. *Os Estudos sobre Feminização da Pobreza e Políticas Públicas para as Mulheres*. Trabalho apresentado no XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambú-MG – Brasil, de 20- 24 de Setembro de 2004. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_abep/PDF/ABEP2004_51.pdf (Acessado em 07/12/2005).

_____. *Chefia Feminina de Domicílio como Indicador de Feminização da Pobreza*. Escola Nacional de Ciências Estatísticas/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/outros/FamPolPublicas/SaletNovellino.pdf . (Acessado em 20/11/07)

NUSSBAUM, Martha *Capabilities as fundamental Entitlements: Sen and social justice* In: *Feminist Economics*, vol. 9 (2 – 3), 2003, p.33 – 59. Routledge-Taylor and Francis Group. Disponível em: <http://www.tandf.co.uk/journals>

NUSSBAUM, Martha C.; SEN, Amartya (org.). *La Calidad de Vida*. México: Fondo de Cultura Económica, 1996.

OMS – Organização Mundial da Saúde, 1986. *Ottawa Charter for Health Promotion – First International Conference on Health Promotion, 21 November 1986*. WHO/HPR/HEP/95.1. Disponível em: www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf (Acessado em: 15.04.2008)

_____, 1988. *Healthy Public Policy – Report on the 2nd International Conference on Health Promotion*. April 5-9, 1988 Adelaide South Australia. Disponível em: www.who.int/hpr/NPH/docs/adelaide_recommendations.pdf (Acessado em: 15.04.2008)

_____, 1997. *Jakarta Declaration on leading Health Promotion into the 21st Century. Fourth International Conference on Health Promotion*. Jakarta, 21 – 25 de julho de 1997. Disponível em: www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf (Acessado em: 15.04.2008)

_____, 2000. *Informe de la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud – Promoción de la Salud: hacia una mayor equidad*. Ciudad de México, 5-9 de junio de 2000. Disponível em: www.who.int/hpr/NPH/docs/mxconf_report_sp.pdf (Acessado em: 15.04.2008)

_____, 2003. *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud: Alma-Ata 25º aniversario*. 56ª Asamblea Mundial de la Salud (A56/27 – 24 de abril de 2003) Informe de la Secretaría. Disponível em:

_____, 2005. *The Bangkok Chart for Health Promotion in a Globalized World. 6th International Conference on Health Promotion*. Bangkok, Thailand, 7-11 August, 2005. Disponível em: www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/en/ (Acessado em: 15.04.2008)

ONU/DAM – División de las Naciones Unidas para el Adelanto de la Mujer. *Violencia contra la mujer: panorama estadístico, desafíos y lagunas en la recopilación de datos, y metodología y enfoques para superarlos*. Informe de la reunión del grupo de expertos. Ginebra: DAW, 11-14 abril, 2005.

OSIS, Maria José M. D. *PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil*. In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14 (Supl. 1):25-32, 1998

PAHO – Pan American Health Organization. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, Kazajstán, URSS; 6-12 de septiembre de 1978. Disponível em: www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm (Acessado em 12/04/2008)

PARPART, J. L.; CONNELLY, M. P. e BARRITEAU, V. E. (org.). *Theoretical Perspectives on Gender and Development*. Ottawa: IDRC – International Development Research Centre, 2000. Disponível em: http://www.idrc.ca/en/ev-23581-201-1-DO_TOPIC.html

PICOLOTTO, Volnei da C. *Pobreza e Desenvolvimento sob os paradigmas da renda e das capacitações: uma aplicação para a Grande Porto Alegre através de indicadores fuzzy*. Dissertação (Mestrado em Economia) UFRGS – Faculdade de Ciências Econômicas, PPGE. Porto Alegre, 2006.

PIETILÄ, Hilka. *Engendering the Global Agenda. The Story of Women and the United Nations*. Development Dossier. United Nations Non-Governmental Liaison Service (NGLS), 2004. Disponível em: <http://www.unsystem.org/ngls/documents/publications.en/develop.dossier/dd.06/contents.htm>. Acessado em 05/03/2008.

PRÁ, Jussara Reis. *Monitorando as Políticas Públicas: um Desafio Feminista*. Porto Alegre: Articulação de Mulheres Brasileiras/ Fórum Municipal da Mulher de Porto Alegre, 2003

PORTO ALEGRE, PREFEITURA MUNICIPAL. *Mapas e Indicadores das Vulnerabilidades Sociais*. Porto Alegre: PMPA, 2007.

_____. Mapa da Inclusão e Exclusão Social de Porto Alegre. Porto Alegre: PMPA, Gabinete do Prefeito, Secretaria do Planejamento Municipal, 2004

QIZILBASH, Mozaffar. *On the measurement of Human Development*. Palestra preparada para Curso de Treinamento do UNDP, Oxford, 11 Setembro 2002.

QUISUMBING, Agnes; HADDAD, Lawrence; PEÑA, Christine. *Gender and Poverty: New Evidence From 10 Developing Countries*. Washington: IFPRI – International Food Policy Research Institute, December, 1995.

REDDOCK, Rhoda. Why Gender? Why Development? In: PARPART, J. *et al* (Org) “Theoretical Perspectives on Gender and Development”. Ottawa: IDRC – International Development Research Centre, 2000

REEVES, Hazel; BADEN, Sally. *Gender and Development: Concepts and Definitions*. BRIDGE (development- gender). Brighton: Institute of Development Studies – University of Sussex, February, 2000.

- ROMANO, Jorge O.; ANTUNES, Marta (Org.). *Empoderamento e direitos no combate à pobreza*. Rio de Janeiro: ActionAid Brasil, 2002
- SACHS, Ignacy. *O desenvolvimento enquanto apropriação dos direitos humanos*. In: Estudos Avançados n. 12 (33). São Paulo: IEA-USP, 1998 (pgs. 149-156).
- SCHRAIBER, Lilia B.; d'OLIVEIRA, Ana Flávia P.L. *O que deve saber os profissionais da saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica*. Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos – Novas Questões para o Campo da Saúde. São Paulo: Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde/ Departamento de Medicina Preventiva – Faculdade de Medicina – USO, 2003.
- SCLIAR, Moacyr. *História do Conceito de Saúde* PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007
- SCOTT, Joan. *Gender: A Useful Category of Historical Analysis*. In: The American Historical Review, Vol. 91, No. 5 (Dec., 1986), pp. 1053-1075.
- SEN, Amartya K. *Many faces of gender inequality*. In: Frontline (India's National Magazine) vol. 8, n. 22, 27Oct -09Nove, 2001. Disponível em: <http://globalpolicy.org/socecon/inequal/gender/2001/11sengender.pdf>
- _____. *Desenvolvimento como Liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000a.
- _____. *Social Exclusion: Concept, application and scrutiny*. Social Development Papers n° 1. Manila : Asian Development Bank, 2000b.
- _____. *Nuevo Examen de la Desigualdad*. Madrid: Alianza Editorial, 1992.
- _____. *Equality of What?* The Tanner Lecture on Human Values. Palestra conferida na Stanford University, 22-Maio, 1979. Disponível em: <http://www.tannerlectures.utah.edu/lectures/sen80.pdf> . Acessado em: 15.08.2007
- SZIRMAI, Adam. *The Dynamics of Socio-Economic Development*. Cambridge: Cambridge University Press, 2004.
- THIBOS, Megan; LAVIN-LOUCKS, Danielle; MARTIN, Marcus. *The Feminization of Poverty*: The Williams Institute / YWCA – Empowering Women, May 2007. Disponível em: <http://www.thewilliamsinstitute.org>
- UL HAQ, Mahbub. *The Birth of the Human Development Index*. In: *Readings in Human Development*, Sakiko Fukuda-Parr e A. K. Shiva Kuma (eds.), p. 127-137. Oxford, UK: Oxford University Press, 2003.
- UNDP- United Nations Development Programme. *Human Development Report 2005 – International Cooperation at a Crossroad: aid, trade and security in an unequal world*. New York: UNDP, 2005.
- _____. *Human Development Report 1997 – Human Development to eradicate poverty*. New York: Oxford University Press / UNDP, 1997.
- VILLELA, Wilza. *Saúde Integral, Reprodutiva e Sexual da Mulher: redefinindo o objeto de trabalho a partir do conceito de gênero e da Conferência Internacional sobre população e desenvolvimento*. In: Araujo, M.J.de O. et

al. Saúde das mulheres: experiência e prática do coletivo feminista sexualidade e saúde. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade Saúde, 2000. p.23-32.

WALBY, Sylvia. *The Cost of Domestic Violence* UK Government – Women & Equality Unit. London: 2004

ALGUMAS REFERÊNCIAS DA INTERNET

BIBLIOTECA VIRTUAL MULHER – CEDIM- Conselho Estadual dos Direitos da Mulher/ RJ - <http://www4.prossiga.br/bvmulher/cedim/saude/conceito.htm>

Biblioteca Virtual em Saúde. Descritores em Ciência da Saúde: <http://decs2006.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver>

BRASIL - Ministério da Saúde – Saúde da Mulher:
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=152

CEDAW – Convention for the Elimination of all forms of Discrimination Against Women:
<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/>

Center for International and Regional Cooperation for Local Economies (CIRCLE)
http://www.yorku.ca/ishd/LEDCD.SP/page_1.html

Inter-American Convention on the Prevention, Punishment and Eradication of Violence Against Women : <http://www.oas.org/cim/english/convention%20violence%20against%20women.htm>

International Development Research Centre (IDRC): http://www.idrc.ca/en/ev-1-201-1-DO_TOPIC.html

IWHC - <http://portugues.iwhc.org/politicaglobal/nacoesunidas/colaboracoes/index.cfm>

United Nations Development Programme (UNDP) – Human Development Reports
<http://hdr.undp.org/en/humandev/origins/>

United Nations – Division for the Advancement of Women – DAW -
<http://www.un.org/womenwatch/daw/index.html>

WHO - <http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexualhealth.html>

<http://www.who.int/gender/en/index.html>

OUTRAS REFERÊNCIAS

Direitos Sexuais e Reprodutivos na Regulação Federal: alguns instrumentos

PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS AGRAVOS RESULTANTES DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES E ADOLESCENTES: NORMA TÉCNICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – 1998.

ATENÇÃO HUMANIZADA AO ABORTAMENTO – NORMA TÉCNICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – 2005.

PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS AGRAVOS RESULTANTES DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES E ADOLESCENTES: NORMA TÉCNICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – 2005.

PACTO NACIONAL PELA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL, 2006.

Documentos disponíveis no sítio da Biblioteca Virtual em Saúde:

<http://bvsm2.saude.gov.br/php/level.php?lang=pt&component=51&item=27>

ANEXOS

TRABALHO APRESENTADO EM BANCA E APROVADO POR:

Conceito Final:

Porto Alegre, de de