

Título do capítulo	CAP. 3 - A mulher como sujeito: direitos sexuais, reprodutivos e políticos na área de saúde.
Autores (as)	Jacqueline Brigagão Marlene Teixeira Rodrigues
Título do livro	Redistribuição, reconhecimento e representação: diálogos sobre igualdade de gênero
Organizadores (as)	Maria Aparecida Abreu
Cidade	Brasília
Editora	IPEA
Ano	2011
Edição	
ISBN	978-85-7811-123-6

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2018

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

A MULHER COMO SUJEITO: DIREITOS SEXUAIS, REPRODUTIVOS E POLÍTICAS NA ÁREA DE SAÚDE*

Jacqueline Brigagão
Marlene Teixeira Rodrigues

GÊNERO E AS POLÍTICAS DE SAÚDE

JACQUELINE BRIGAGÃO:

Boa tarde a todas e todos. Agradeço ao Ipea e a Cláudia Pedrosa pelo convite.

A minha proposta para o debate com vocês hoje é problematizar a questão da incorporação da categoria de gênero nas políticas de saúde. E o que estava pensando, quando preparava essa fala, é que podem ser observados muitos avanços, a partir da perspectiva feminista, nas políticas públicas de saúde voltadas para a mulher e nas políticas de saúde em geral, quando se pensa na transversalidade da questão de gênero. Mas temos um *gap* na implementação das políticas no campo da saúde, porque esse campo ainda está muito orientado pela perspectiva do poder/saber da medicina (FOUCAULT, 1988), e é muito difícil que se consiga, nas ações em saúde, implementar o que está escrito nas políticas. Então, para isso, eu tomei como exemplo a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, que é uma política muito avançada, em termos da elaboração do texto da política – especialmente nos termos em que ela se estabelece –, para que se possa entender como, nesta política, a questão de gênero foi sendo incorporada e foi sendo traduzida nas diretrizes que a política propõe.

Ao mesmo tempo, os estudos e as pesquisas indicam que as diretrizes propostas por essa política, na prática e no cotidiano do serviço de saúde, infelizmente, não têm acontecido e não há mecanismos regulatórios para entender esse jogo.

Queria começar a discutir a questão das nomeações e das categorias ligadas à questão de gênero utilizadas nas políticas de saúde. Porque, como diz Donna Haraway (1995), estamos sempre falando a partir de um ponto de vista: já que todas

*Palestra proferida em 23 de setembro de 2010.

as pesquisas são conhecimentos situados, não existe produção de conhecimento que possa ser considerada neutra. E qual é esse ponto de vista, de que ponto de vista está se falando? Estou falando do ponto de vista de que as nomeações, ou seja, o modo com que se fala e o modo como se escrevem e utilizam as palavras no cotidiano, são fundamentais, e as práticas discursivas vão performando e transformando essas práticas (SPINK, 1999). Gostaria de enfatizar que acredito que há mesmo de haver políticas avançadas que tratem dessas nomeações e que tragam essa discussão que temos feito no campo feminista, tanto acadêmico (dos estudos feministas) quanto do movimento feminista, das lutas, das ativistas. E essas nomeações vão nos ajudar a mudar essas práticas.

O que nós precisamos encontrar são os mecanismos para que as nomeações não fiquem somente na escrita e na elaboração da política e possam nos ajudar, de fato, a ir transformando o cotidiano dos serviços de saúde. Isso porque o que ocorre é que, na outra ponta, nós temos as mulheres, as que são atendidas, as usuárias dos serviços de saúde. Então, é importante parar e pensar o quanto essas nomeações poderão ser incorporadas pelo profissional que está lá na ponta.

Um grande avanço do ponto de vista das nomeações nas políticas públicas é o fato de que passamos a utilizar a expressão “saúde da mulher”, ou, melhor ainda, “saúde integral da mulher”. Quando isso ocorre? Lá em meados dos anos 1980, quando o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) é elaborado e proposto pelo Ministério da Saúde (MS). De fato, aí há algumas controvérsias: algumas pessoas dizem que o PAISM nunca foi de fato implementado; para outros pesquisadores, as diretrizes do PAISM têm sido utilizadas e têm orientado, do ponto de vista político, muitos outros programas posteriores no campo da saúde da mulher. Nesta perspectiva, considero que o PAISM é um grande avanço, já que a terminologia “saúde integral da mulher” é um contraponto à saúde materno-infantil, que era a perspectiva a partir da qual as mulheres eram tratadas nas políticas e nos programas de saúde. Portanto, a saúde da mulher era vista e pensada em termos da saúde materno-infantil, sem pensar os outros aspectos da saúde reprodutiva e da mulher como um todo. Esse é um dos termos que contribui nessa luta por uma perspectiva mais ampla e para ajudar nesse processo de construção tanto de políticas quanto de serviços de saúde que deem conta de atender às necessidades e às demandas da mulher como sujeito integral, não só como mãe. A partir de então, o termo saúde da mulher passa a ser usado e continua sendo muito usado entre nós.

Todos esses termos que estou trazendo e falando ainda circulam entre nós – ou seja, os repertórios não desaparecem, e uma aluna minha fez uma pesquisa recente indicando que a expressão “saúde materno-infantil” ainda é utilizada por muitos. Mas novos repertórios também continuam surgindo e sendo incorporados pelas políticas públicas – por exemplo, a nomeação “direitos reprodutivos”. Em relação

aos direitos reprodutivos, existem posições diferentes sobre quando a expressão passa a ser incorporada à agenda política e aos textos: Correia (2002) afirma que esse conceito passou a ser amplamente utilizado a partir da Conferência de Amsterdã, de 1984, em que, a partir daí, assume um lugar de destaque na agenda. Tonelli (2004) afirma que desde a I Conferência Mundial de Direitos Humanos, em Teerã, em 1968 – quando as feministas discutiram questões relativas à reprodução e à subordinação da mulher –, é que a função reprodutiva e a imposição desse papel materno para a mulher passam a ser desmistificadas, ao mesmo tempo em que as discussões começam a se referir a direitos reprodutivos. Isso permite visualizar que, na linguagem, as relações estão sendo produzidas e transformadas ao longo do tempo. A partir de então, os direitos reprodutivos entram na agenda, e a Organização Mundial da Saúde (OMS) inclui em suas recomendações questões relativas à saúde reprodutiva. Na Conferência do Cairo, a questão da saúde reprodutiva ganha muita força, porque uma das contribuições desta conferência foi trazer o papel do homem na reprodução, bem como o lugar ocupado pelos homens na reprodução e na contracepção. Esta perspectiva influencia fortemente as políticas e os programas acerca do planejamento familiar, da saúde reprodutiva e do planejamento reprodutivo. Pensar saúde reprodutiva no escopo dos direitos traz uma grande contribuição, que é permitir pensar a saúde reprodutiva descolada das mulheres. Direito reprodutivo e saúde reprodutiva são de todos os cidadãos (homens e mulheres), e, então, amplia-se a discussão para as múltiplas possibilidades de contracepção, para o direito à reprodução assistida, para os direitos das lésbicas e dos homossexuais à paternidade e à maternidade e para o papel do Estado na garantia destes direitos.

Então, saúde reprodutiva é um termo que ganha outro enfoque, porque ele passa a ser entendido como um direito e como uma questão que atravessa homens e mulheres, não ficando restrito só ao campo da mulher. Ainda dentro disso, há a questão dos direitos sexuais. Hoje em dia, falamos muito em direitos sexuais reprodutivos. Mas direitos sexuais e direitos reprodutivos são entendidos como pertencentes a esferas separadas de direitos. Apesar de se falar dos dois juntos, pensar os direitos sexuais e o direito ao prazer sexual separado da questão reprodutiva é fundamental, especialmente para nós, mulheres, que queremos tirar a compulsoriedade da relação entre ato sexual e a maternidade. A ideia da existência de esferas separadas para os direitos sexuais e reprodutivos se fortalece com o apoio dos movimentos de lésbicas e homossexuais no escopo do movimento feminista, pois eles enfatizam o direito de assumir e viver plenamente a sexualidade.

Nesse sentido, no campo da saúde, têm-se buscado ações específicas para as lésbicas e os homossexuais, porque uma das questões que temos discutido na saúde é a de que as pessoas são formadas em um modelo clássico, de poder/saber tradicional, orientado pelo modelo biomédico. Então, a maioria das anamneses médicas ginecológicas e obstétricas não leva em conta que aquela mulher que está

sendo atendida ali pode ser lésbica. Têm acontecido alguns casos de mulheres lésbicas que têm denunciado, procurado fomentar esse debate, tensionando esta discussão sobre a saúde lésbica. Isto porque, de um modo geral, a anamnese parte do princípio heterossexual, que as mulheres são sempre heterossexuais e que têm sempre desejo e práticas heterossexuais. Por exemplo, na maioria das vezes, a maneira com que uma lésbica é atendida ou perguntada não permite que outras questões da sexualidade lésbica sejam discutidas. Então, a independência entre direitos sexuais e direitos reprodutivos é fundamental para que, no campo da saúde, se possa cuidar da saúde sexual de todos.

Voltando para a importância de pensar a formação dos profissionais de saúde, para que se possa transformar as práticas nos serviços de saúde, é preciso questionar o modelo biomédico. Quando se fala desse modelo, logo se pensa na medicina, mas ele não se restringe a essa disciplina. A enfermagem, a psicologia, a fisioterapia e outras profissões que trabalham no campo da saúde, muitas vezes, têm um modo muito similar de pensar o modelo de cuidado em saúde. Por quê? Porque, ao longo do tempo – e Michel Foucault (1988) demonstra isso muito bem –, esse poder/saber biomédico sobre a saúde, sobre os corpos dos indivíduos e sobre a população foi sendo disseminado e assimilado pela sociedade como verdade.

Além de questionar os regimes de verdade que orientam os modos de pensar o cuidado em saúde e as políticas públicas de saúde, é preciso incluir a discussão sobre a dimensão de gênero. Lourdes Bandeira (2005a) fez um estudo muito interessante sobre a transversalidade de gênero nas políticas públicas brasileiras.

De acordo com Lourdes Bandeira (2005a), foi na IV Conferência Mundial das Mulheres, em Beijing, que a perspectiva da transversalidade de gênero (*gender mainstream*) foi oficialmente reconhecida e passou a ser utilizada nos documentos oficiais. Este reconhecimento é o resultado das pressões dos movimentos organizados de mulheres, que conseguiram que fosse reconhecida na agenda internacional a necessidade de ações para garantir a igualdade de oportunidades entre homens e mulheres. Nesse estudo, ela identifica que, apesar dos muitos avanços e da implementação de diversas ações que buscavam o empoderamento das mulheres, foi no Plano Plurianual (PPA) de 2004 que a transversalidade de gênero foi incluída. Os planos de 2000 a 2003 tratavam das diferenças e do respeito aos direitos humanos, mas não incluíam ainda transversalidade de gênero.

A transversalidade de gênero implica que se possa, em todas as políticas e em todos os níveis governamentais, ter a perspectiva de gênero incluída. Nesse sentido, quando se pensar em políticas de desenvolvimento socioeconômico, há de se pensar também na questão das mulheres dentro do desenvolvimento socioeconômico. Na política rural, tem de se pensar como as mulheres estão sendo vistas nessa política rural e se as ações implicam aumento de recursos para as mulheres que vivem na zona rural, se há recursos específicos e quais são. Mais do que isso, quando se pensa

a transversalidade de gênero, há de se pensar em termos conceituais, entender quais são as demandas das mulheres neste setor, nestes lugares específicos, inclusive como se podem comparar essas demandas e essas necessidades das mulheres nas políticas para que possa haver políticas que efetivamente considerem a equidade de gênero. Então, uma das questões que a transversalidade de gênero traz é que ela seria uma alternativa para o que se denominam políticas específicas – ou seja, políticas específicas para as mulheres em determinados casos e campos. Na Europa, esta é uma discussão forte, e é apontado que as políticas específicas acabam se constituindo em programas pequenos, em que o financiamento e os recursos são muito escassos, o que faz com que o alcance seja minoritário. A transversalidade de gênero traz para a agenda a questão das mulheres como algo importante em todas as políticas públicas, no escopo de todas elas, e não na criação de políticas específicas.

Particularmente, no caso do Brasil, acredito que são necessárias as duas coisas. O Brasil ainda precisa de políticas específicas, como é o caso, por exemplo, do parto humanizado. Sou docente do curso de obstetrícia da Universidade de São Paulo (USP), que é uma escola nova, em que são formados profissionais para atender ao parto normal. O curso foi criado em 2005, com a proposta de ajudar na implementação de políticas que estão pautadas pela luta das mulheres pelo parto humanizado e pelo reconhecimento dos direitos das mulheres no campo da saúde, porque o que se observa é que as políticas existem, mas elas não são colocadas em prática especialmente nesse campo. Então, quando falo que a transversalidade de gênero tem uma grande potencialidade e é necessário trabalhar com ela no campo das políticas públicas, reconheço e assumo isso. Mas acredito também que – em alguns campos específicos, como o da saúde da mulher – são necessárias ainda políticas específicas para dar conta de necessidades específicas. No âmbito das políticas específicas, é preciso ter claro como a categoria gênero está contemplada e como ela vai sendo discutida dentro dessa política específica, porque o que aconteceu foi que a palavra gênero, nas políticas e no discurso do senso comum, acabou se tornando muito banal. Então, o termo gênero é usado para significar muitas coisas, como falar de mulher, falar sobre masculino e feminino. Nesta banalização que está sendo feita, perde-se a dimensão de que o termo gênero está associado às relações de poder entre homens e mulheres e de como essas relações são construídas. Trata-se de poder pensar que tanto o masculino quanto o feminino são socialmente construídos, e essa construção vai sendo feita ao longo do tempo. As relações de poder vão marcar o que se entende por homens e mulheres na nossa sociedade. Então, é necessário pensar os efeitos desse modo de pensar nos lugares que estes se definem na sociedade. Quando se pensa nessa dimensão da relação de poder e dos lugares que as mulheres ocupam, por exemplo, nos serviços de saúde que estão destinados a cuidar das mulheres durante o ciclo gravídico e puerperal, é importante formular a questão: que dimensão de gênero é essa que está sendo colocada? Como essa mulher é vista e tratada? Porque, muitas vezes, o que vai acontecer é que o próprio serviço de saúde

coloca as mulheres em uma posição de aprisionamento em que elas não podem agir e atuar de modo autônomo e fazer escolhas. Quando esse tema é pensado no campo da saúde, é muito mais complexo, porque há uma figura de autoridade fortemente marcada – que é o profissional de saúde responsável por atender a essa mulher, visto que, historicamente, ele ocupa um lugar de poder/saber e ele determina o que é bom para o corpo do outro. Mas acontece que, quando se retoma historicamente o parto, percebemos que nem sempre foi assim. Aliás, por exemplo, o nascimento de minha mãe foi por meio de parto feito por parteira lá no interior de Minas Gerais; então, não está tão longe assim. E se considerarmos as diversas regiões do Brasil, muitas mulheres ainda têm os filhos em casa, e essa situação não está tão longe de nós. Mas o que aconteceu? À medida que o modelo biomédico foi sendo difundido e à medida que esse poder/saber dos profissionais de saúde foi fortalecido, o corpo da mulher começa a ser aprisionado e escrutinado, e os profissionais de saúde passam a determinar o que é bom e o que é ruim para as mulheres.

Assim, mesmo havendo uma política pública avançada, como a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (Portaria nº 1.067/GM, de 4 de julho de 2005), que traz claramente, em seu anexo, alguns procedimentos que buscam garantir o modo humanizado de atenção à saúde da mulher e de garantia da autonomia das mulheres no momento do parto, nem sempre é isso o que acontece. Em pesquisa realizada para a sua tese de doutorado, Janaína Aguiar (2010) nos conta que há muita violência institucional nas maternidades públicas de São Paulo, e, pelos relatos que ela descreve, é possível observar que, muitas vezes, não há respeito nem pela autonomia das mulheres, nem pela de seus acompanhantes.

Porém, é preciso lembrar também que há algumas ilhas de excelência no Brasil. Alguns lugares onde os partos acontecem respeitando a autonomia das mulheres, de um modo tranquilo, humanizado, empoderando as mulheres. Mas são ilhas de excelência que ainda encontram muitas resistências. Em São Paulo, há duas casas de parto que atendem conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS); porém, há rumores de que a Secretaria Estadual de Saúde está pretendendo fechar uma das casas de parto.

Há também o Hospital Sofia Feldman, que é uma experiência modelo em Belo Horizonte. Visitei o Sofia há dois meses e posso dizer que é um local exemplar dos modos de funcionamento do modelo de humanização da atenção em saúde. Mas o Sofia sempre enfrentou diversas resistências. Um dos aspectos que o distingue é que sua história começa a partir de uma articulação muito próxima entre os profissionais de saúde e a comunidade. No início, eles atuavam na atenção básica e faziam promoção de saúde. Assim, quando o hospital é construído – em sistema de mutirão –, os princípios da participação popular, da promoção de saúde e da integralidade já estão na base das ações. Quanto aos partos, desde o princípio,

os partos de baixo risco são de responsabilidade das enfermeiras obstetizas e há uma preocupação com o bem-estar da mulher e o dos acompanhantes e com o bebê, seja nos casos de baixo risco, seja nos de alto risco, que também são atendidos no hospital.

Agora, quando se pensa na realidade brasileira, de um modo geral, as práticas realizadas nas maternidades estão muito distantes do que preconizam as políticas e há muitos casos de violência praticados em maternidades, como aponta a pesquisa da Janaína Aguiar (2010).

Outro exemplo é o exercício do direito ao acompanhante no momento do parto. Na Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, instituída pela Portaria nº 1.067, de 6 de julho de 2005, consta que “toda gestante tem o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto imediato de acordo com a Lei nº 11.108/05”. Há a Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que garante o direito ao acompanhante; porém, muitos hospitais ainda não conseguem se organizar para cumpri-la. Em muitos casos, ainda não são permitidos acompanhantes no momento do parto; em outros, são permitidos estritamente durante o parto. Ou seja, não podem acompanhar a mulher no pré-parto e nem no pós-parto. Algumas organizações da sociedade civil engajadas no movimento de humanização do parto têm feito campanhas para garantir o cumprimento da Lei do Acompanhante no Parto e tentar reverter essa situação.

Mas por que é tão difícil garantir o direito ao acompanhante? Porque, na prática, o acompanhante pode ser muito incômodo para os profissionais de saúde, porque o acompanhante traz outra dimensão dentro da organização do parto, pois é o acompanhante que fala: “olha, ela está querendo água, pode? Olha, ela está cansada. Olha ela está querendo ir para o chuveiro”. Então, o acompanhante dá mais trabalho, porque eles questionam, querem saber detalhes do processo e também são testemunhas capazes de contar as histórias que ocorrem durante o parto.

Outro aspecto que tem gerado polêmica é sobre o local e as posições do parto. Na Política Nacional de Assistência Obstétrica e Neonatal, está escrito: “respeitar a escolha da mulher sobre o local e a posição do parto”. Nesta questão, mais uma vez, trata-se de respeitar a autonomia das mulheres. O modelo do parto domiciliar tem muita ressonância e faz muito eco nas mulheres da classe média e da classe alta. Porque são as mulheres que têm recursos, em todos os sentidos, para isso. Mas muitas mulheres que moram na periferia preferem ir para o hospital, porque lá elas vão ser cuidadas, atendidas, e deve-se respeitar isso e garantir um atendimento humanizado nos hospitais. Mas para as mulheres da classe média e da classe alta, muitas vezes, é preferível ter um filho em casa, e elas também têm direito a fazer essa escolha. Em nossa escola, temos alunas formadas que estão fazendo parto domiciliar, há médicos do movimento de humanização que fazem o parto domiciliar. Mas a questão do parto domiciliar e das reais possibilidades de escolha do local ainda é muito restrita.

Nesse cenário, as mulheres da classe média, que geralmente possuem um convênio médico, estão sofrendo muito, inclusive para conseguir fazer parto normal. Porque, muitas vezes, é difícil encontrar um médico de convênio que faça parto normal, devido a múltiplos fatores; entre eles, a comodidade do agendamento da data, o tempo do procedimento – um parto normal implica uma tarde toda ou um dia inteiro sem consulta – etc. Portanto, quando se pensa em saúde, é necessário pensar nos dois setores, tanto no SUS quanto no setor suplementar da saúde. Ou seja, é preciso pensar em estratégias para garantir os direitos das mulheres de todas as classes sociais no sistema de saúde como um todo.

Assim, o argumento central que estou tentando defender aqui é o de que o parto é da mulher, e de que, ao fazer um parto, ela tenha um profissional de saúde cuidando e auxiliando o processo. Nessa perspectiva, o parto é entendido como um processo que é da mulher e do bebê, e reconhecer isso e atuar para garantir esta autonomia são modos de auxiliar no empoderamento das mulheres. O que temos observado no curso de obstetrícia é que, se a mulher está bem orientada, ela vai fazendo exercícios na bola, no cavalinho, e vai relaxando, ela vai ficando mais concentrada nesse processo e reconhecendo o próprio corpo. E o parto é uma experiência em que ela sente que tem muito mais controle sobre o seu corpo, e o processo evolui harmonicamente tanto no corpo quanto na mente da mulher, muito diferente do que acontece nos partos *induzidos com ocitocina*. É muito interessante ouvir os relatos de mulheres que caminharam durante o parto, que fizeram os exercícios, que utilizaram a bola, que percebem o processo de dilatação, que na hora do parto escolhem ficar em pé ou de cócoras, ou até na cama. Em geral, elas reconhecem que essa foi uma experiência física e emocional muito intensa, que lhes permitiu reconhecer fortalezas que ainda não haviam identificado em si mesmas.

Retomando o argumento inicial desta fala, parece-me fundamental incorporar a dimensão de gênero nas políticas públicas. Lourdes Bandeira, naquela pesquisa a que já me referi, deixa muito claro que, no Brasil, foi no campo das políticas de saúde que a transversalidade da dimensão de gênero foi incorporada mais claramente. Porém, é preciso avançar para além do texto das políticas, pois, como vimos na discussão sobre algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, o texto contempla a perspectiva do parto humanizado, mas há muitas resistências para efetivamente realizá-las na prática dos serviços. Ou seja, trata-se de um grande desafio; essa política é de 2005, estamos em 2010, e, infelizmente, as práticas na assistência obstétrica mudaram muito pouco. Então, além de investir na discussão das políticas, é preciso investir também na formação dos/das profissionais de saúde, já que estes/as são os/as responsáveis por implementar as ações.

Nesse sentido, em 2005, a USP criou o curso de obstetrícia, que tem por objetivo formar profissionais para cuidar da saúde da mulher durante o ciclo

gravídico e puerperal. Nosso curso é oferecido na Escola de Artes, Ciências e Humanidades, que tem um ciclo básico, oferecido a todos os alunos dos dez cursos da escola. A parte específica do currículo está organizada em três grandes eixos: *i*) o eixo biológico; *ii*) o eixo das ciências humanas e sociais, porque nosso curso pretende formar profissionais capazes de pensar nas dimensões sociais e humanas da saúde – estes dois eixos têm a mesma carga horária; e *iii*) o eixo de práticas assistenciais em saúde, que é coordenado por enfermeiras obstétricas. A discussão sobre a dimensão de gênero é realizada de modo aprofundado, nas disciplinas do eixo de ciências humanas e sociais, e de modo transversal, nas outras disciplinas e nas atividades teóricas.

Porém, apesar de haver graduações similares em diversos países do mundo que formam *midwives* (obstetrizes), nosso curso tem enfrentado muitas resistências, especialmente por parte do Conselho Profissional da Enfermagem, e – apesar de estar escrito na lei de exercício profissional da enfermagem (Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986) que as portadoras do diploma do curso de graduação em obstetrícia se enquadram nesta lei – o Conselho Federal de Enfermagem se recusa a registrar as/os egressas/os do curso. Mas, como lei é lei, o Judiciário tem dado ganho de causa às obstetrizes e, portanto, elas obtêm o registro. Vale lembrar que as razões alegadas pelas pessoas que estão resistentes ao curso estão sempre associadas à formação e ao fato de as ciências sociais e humanas terem muito peso na formação. Já ouvimos questionamentos do tipo: “Para que tanta ciência humana, se vai fazer parto?”

Parece-me que o lugar das ciências sociais e humanas na formação de profissionais de saúde é uma discussão central, se queremos de fato implementar políticas que incorporem a dimensão de gênero e os princípios da humanização e da integralidade em saúde.

Eu me atrevo a apontar três aspectos fundamentais em que devemos pensar para conseguirmos que a transversalidade de gênero se efetive nas práticas – ou seja, para que ela não fique apenas na escrita da política. Primeiro, eu repito, as reflexões sobre a categoria gênero têm de fazer parte da formação dos profissionais de saúde, porque, somente assim, os profissionais da saúde serão capazes de compreender as relações de poder e as dimensões de gênero envolvidas nas múltiplas relações estabelecidas no contexto dos serviços de saúde. Segundo, é necessário encontrar, no escopo das políticas, mecanismos de avaliação e de monitoramento que possam garantir que as diretrizes serão implementadas. Terceiro, é necessário trabalhar amplamente para mudar as mentalidades, já que, como disse anteriormente, no caso das práticas em obstetrícia, há muitas noções que foram disseminadas ao longo do tempo e que precisam ser desconstruídas. É possível observar que as noções de parto humanizado já estão sendo disseminadas por atrizes e modelos: a Gisele Bündchen, por exemplo, fez o parto em casa (CONHEÇA..., 2010). Mas é necessário ir além e disseminar também os direitos de todas as mulheres,

independentemente de classe social, ao cuidado humanizado e integral à saúde, não somente no cenário do ciclo gravídico e puerperal, mas também em todas as dimensões da saúde. Muito obrigada.

CLAUDIA PEDROSA:

Queria agradecer a Jacqueline e passar a palavra para a professora Marlene Teixeira.

DIREITOS SEXUAIS, SAÚDE E CIDADANIA: DESAFIOS PARA A ATENÇÃO BÁSICA

MARLENE TEIXEIRA RODRIGUES:

Inicialmente, quero agradecer, na pessoa da Claudia Pedrosa, o convite da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea para participar desse momento de reflexão. Discussões em um âmbito como o desta diretoria, que tem o desafio de pensar as políticas públicas e as políticas governamentais e fornecer subsídios para a gestão pública, são muito importantes. Por isso, considero um privilégio partilhar algumas das discussões que tenho desenvolvido na Universidade de Brasília (UnB), junto com estudantes e pesquisadoras, agregados em torno do Laboratório de Ensino, Pesquisa e Extensão Gênero Política Social e Serviços Sociais (GENPOSS).

Embora não nos conhecêssemos e não tenhamos tido nenhum contato anterior a este encontro, acredito que as minhas reflexões se complementem às apresentadas por Jacqueline Brigagão, e alguns pontos que pretendia abordar – tais como os conceitos de gênero e de direitos sexuais e o movimento feminista, que potencializou sua construção – serão omitidos, para não ser repetitiva. Concentrarei meu foco, então, nas potencialidades e desafios da incorporação da *transversalidade de gênero*¹ na política social como estratégia para enfrentar as desigualdades entre mulheres e homens.

A reflexão que procurarei desenvolver se concentra em um tema especialmente complexo e desafiador para a área da política social, em vista de nossa história passada e recente – trata-se da questão dos direitos sexuais na atenção básica à saúde.

Antes de tratar desse tema, porém, considero importante ressaltar que eu parto talvez de uma premissa um pouco distinta da apresentada por Jacqueline com relação à implantação das políticas sociais. Parto da premissa de que a política implantada efetivamente constitui uma entidade distinta da política pública inscrita nos documentos de formulação, qualquer que seja esta e qualquer que seja o lugar. No caso do Brasil, significa dizer que aquilo que está contemplado no texto constitucional

1. Conforme Bandeira (2005b), a transversalidade de gênero indica “nova visão de competências (políticas, institucionais e administrativas) e uma responsabilização dos agentes públicos em relação à superação das construções sociais que, fundadas nas diferenças biológicas entre homens e mulheres, se configuram como desigualdades.”

de 1988 e em outros mecanismos infrainstitucionais, que ancora a organização da política social e de todo o sistema de proteção social no Brasil, é o modelo. E como é próprio aos modelos, ao se materializar, ganha matizes relacionadas ao contexto.

Esse modelo, consagrado na Constituição da República de 1988, tem como princípios e diretrizes: a unicidade político-administrativa (federativa), a descentralização e a gestão democrática. Como matriz conceitual e organizativa, coloca-se no horizonte de utopia – no sentido mais positivo desse termo, que é o que remete à transformação da realidade. Por remeter ao terreno da política e dos processos políticos, ao se materializar, adquire um formato particular.

Nessa perspectiva, vale atentar e pensar os sujeitos coletivos reais, que fazem com que essas utopias possam se realizar, e os contextos locais, onde esses sujeitos se situam, “pisam” e constroem a cidadania. Esta é uma questão que eu gostaria de sinalizar de início, porque é dela que me parece emergir a grande riqueza das políticas que são implementadas sob o marco da Constituição de 1988: a capacidade de um país com tanta diversidade para encontrar experiências tão distintas a partir de um modelo que tem pilares que unificam, mas que permite a diversidade dos contextos políticos, das histórias políticas e dos sujeitos das diferentes localidades.

Penso que olhar os programas governamentais com essa perspectiva tende a nos oferecer, talvez, pistas e elementos mais alvissareiros sobre os processos onde a cidadania se constrói “desde abajo” (JELIN, 1994; LÖWY, 1985). Se se toma, por exemplo, a questão da atenção básica, seja o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), seja a Estratégia Saúde da Família (ESF), é impossível pensar que nós encontraremos duas experiências idênticas no Brasil, seja falando de capital, seja falando de interior, porque é isso a política. Nós temos o elemento de cultura política que atravessa o país, que se mescla com elementos da história local – assim teremos desenhos ímpares em uma região administrativa do Distrito Federal (DF), em uma cidade do interior de Goiás, no Nordeste do Brasil ou em São Paulo, seja a capital ou a Grande São Paulo. Cada localidade sempre trará estes elementos de distinção, que são o dos sujeitos e o do contexto político.²

Dito isso, passamos à reflexão sobre os desafios postos à atenção básica no que se refere aos direitos sexuais. A exposição anterior da Jacqueline antecipou uma série de coisas que eu falaria – e de que não vou falar. Acho importante sinalizar, entretanto, para uma mudança fundamental, que vem originalmente no esteio do movimento feminista de mulheres, que é separar o campo da sexualidade e dar o estatuto de direito aos direitos sexuais de forma absolutamente desvinculada da questão reprodutiva.

2. O que usualmente são denominadas experiências exitosas e inovadoras remetem, nessa perspectiva, ao encontro de sujeitos políticos, de correlação de forças, do processo políticos e de “boas” conjunturas locais.

Essa separação implica uma ruptura importante com a ideia essencialista de feminino e visões da maternidade como um destino e com a da heterossexualidade como a única possibilidade de vivência da sexualidade (BANDEIRA, 2003). Visões estas que, apesar dos avanços alcançados com as ações feministas, perpassaram e ainda persistem em muitas políticas sociais – voltadas especificamente às mulheres, mas também à infância, à juventude e à velhice.

Essas ideias acerca do feminino e do masculino nos remetem à complexidade do social, à constituição da nossa cultura política, marcada pelo autoritarismo e pelo patriarcalismo, que reconhece e legitima a hierarquia entre o masculino e o feminino, e idealiza esses referenciais femininos mais tradicionais de cuidado – que impulsionam a anulação das mulheres enquanto sujeitos, restringidas à dimensão da maternidade e às necessidades do outro.

O feminismo trouxe, em contraponto, uma perspectiva que trata da sexualidade focando os direitos sexuais em referência à igualdade e à liberdade na esfera sexual, bem como ao exercício da sexualidade totalmente desvinculado da questão da reprodução e da visão binária do gênero.³ Esta outra perspectiva desafia a área de saúde em diferentes campos e em relação a diferentes sujeitos (FACCHINI e BARBOSA, 2006).

Como já sinalizado por Jacqueline Brigagão, as questões referentes à sexualidade de lésbicas e *gays*, às identidades sexuais e a toda a discussão relacionada com identidade sexual e identidade biológica são ilustrativas da complexidade e dos desafios colocados ao sistema de saúde. Esse é um desafio que está posto não só para a atenção básica, mas que ganha relevância, em vista de ser essa, em regra, a grande porta de entrada da população nos serviços de saúde – em especial, para a população pobre, que é a grande maioria da população e que vai utilizar massivamente o sistema em termos de sua estrutura de atenção básica.

Ainda que esse tema tenha sido incorporado na agenda das políticas públicas,⁴ hoje ainda temos alguns poucos centros, por exemplo, com capacidade de atender à questão da transgenitalização ou da adequação da identidade sexual e da identidade pessoal e são as incipientes iniciativas de organização dos serviços para atendimentos de lésbicas e *gays*, de diferentes gerações (FACCHINI e BARBOSA, 2006).

É o caso também da atenção às mulheres que trabalham como prostitutas e para quem o exercício da sexualidade mercantilizada é uma realidade, se não um direito ou uma escolha – muitas se reivindicam como trabalhadoras sexuais. Há ainda toda uma carga moral em torno da prostituição que se traduz em

3. Deve-se assinalar que não há, no próprio feminismo, consenso absoluto em termos do conceito de direitos sociais e sexuais. Este é um campo também em disputa e que, portanto, comporta uma série de interpretações e sentidos, como bem foi assinalado por Jacqueline Brigagão em sua fala.

4. A exemplo do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

estigma também no interior de serviços e políticas,⁵ ainda que legalmente essas pessoas não figurem como autoras de nenhum crime. Assim, embora possam emergir e reivindicar direitos, seguem frequentemente invisibilizadas para fugir ao estigma e à discriminação.

O desafio em relação a essas questões que se colocam à saúde está relacionado à emergência de sujeitos políticos que tensionam ao máximo a ideia de liberdade em relação à sexualidade, confrontando representações tradicionais em relação à reprodução, à maternidade, ao sexo, ao desejo e ao prazer. Tais questões ainda encontram pouca receptividade nos serviços e nas ações que materializam as políticas públicas. Jacqueline falava das adolescentes, sobre o racismo institucional que está posto em relação a estas. O que se tem nas situações mencionadas é uma mistura de sexismo com racismo e discriminação de classe, porque estamos falando das camadas pobres, e esse é outro desafio.

O grande contingente de mulheres pobres – que são atendidas pelo sistema de saúde, embora usufruam de uma extensa rede de serviços no âmbito da atenção básica –, em geral, inexistente enquanto sujeito de direitos. Reconhecidas e acolhidas em virtude de sua capacidade reprodutiva e de cuidado, essas mulheres submergem como indivíduos e sujeitos de direitos, em razão do que Meyer (2005) tem chamado de uma *politização da maternidade*, processo que recoloca as mulheres no centro da política como gestoras da vida, por excelência, não comportando qualquer espaço para a vivência da sexualidade que não seja orientada para a maternidade. Há aí também a interseccionalidade da discriminação – ou seja, sexismo e racismo estão mesclados, influenciando as práticas institucionais.

Essa valorização da mulher-mãe como agente importante da política social, que Esping-Andersen assinala ao referir-se às políticas sociais *familistas*, pode ser percebida nas políticas de saúde e em seus programas na área da atenção básica (como a ESF e o PACS, valendo examinar os conteúdos das atividades e das estratégias educativas utilizadas), bem como nos programas voltados para idosos, crianças e adolescentes, em que há uma tendência de transferência da responsabilidade com o cuidado para as mulheres ou para a família como uma “parceria” na concretização da ação, sob a justificativa de uma democratização da política (MIOTO, 2008, p. 130-148).

O que ocorre concretamente, porém, é que essas mulheres são chamadas para o exercício de uma maternidade estendida e cada vez maior. Veem-se, assim, obrigadas a acompanhar o filho, o irmão, o marido, o cunhado, o tio, o avô, ou quem aparecer, inclusive tendo de abandonar empregos, se alguém na

5. Não se desconsideram as iniciativas importantes desenvolvidas, nacionalmente, pelo Ministério da Saúde (MS), particularmente por intermédio das ações relacionadas à área de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), voltadas à população de homens e mulheres inseridos na prostituição. É importante que se destaque, todavia, o quanto pouco estas temáticas estão disseminadas na rede de serviços da atenção básica, que conformam a porta de entrada do SUS.

família tiver de fazer a escolha sobre isso. Esta tendência, que eu tenho chamado de maternalização da política, significa, pois, uma sobrerresponsabilização, por um lado, destas mulheres e, por outro, uma fragmentação dos seus direitos, porque eles são restritos à sua capacidade reprodutiva. Então, enquanto a mulher está grávida ou amamentando, ela tem acompanhamento, mas isso não envolve o sujeito, e, sim, aquela que vai gestar alguém, parir alguém. Esta mulher tem de ser cuidada para que esse sujeito que nasceu sobreviva (RODRIGUES, 2006).

Essa espécie de cristalização, de sacralização das mulheres no lugar da maternidade – seja para o cuidado, seja para a transferência de responsabilidade –, tida até então como “masculina” ou até mesmo do Estado, desafia e retarda a implantação de ações em prol dos direitos sexuais e da livre expressão da sexualidade. Esta discriminação será extensiva a mulheres que reivindicam de forma mais direta a vivência da sexualidade.

Outro aspecto importante a se considerar, entre as tendências reveladas atualmente pela política social e que influenciam esse quadro, é a centralidade alcançada pela noção de risco, a partir de determinado momento e em campos cada vez mais diversificados. No caso da política de saúde, o uso da noção de risco que se deu pela via da epidemiologia, que primeiro a legitimou e disseminou, provocou efeitos bastante negativos no contexto da epidemia da AIDS e, passadas mais de três décadas, foi reavaliado e deslocado para a noção de vulnerabilidade.

A articulação dessa noção de risco ligada à sexualidade e aos direitos sexuais tem imbrólios complicados, contribuindo decisivamente, e em diferentes oportunidades, para a patologização dos sujeitos cujas práticas e comportamentos destoam daqueles tidos como saudáveis e adequados, ou que não demonstram ter incorporado adequadamente todas as informações e normativas que lhes foram disponibilizadas.⁶

Isso se faz presente ainda hoje e pode ser observado em determinados modelos de educação em saúde, operacionalizados no próprio âmbito da saúde e da assistência social. Isso pode ser observado em *ações complementares*, por exemplo, que fazem parte do Programa Bolsa Família (PBF), grande iniciativa do governo, mas que também vem repercutindo estas tendências presentes na política de saúde, que consideram as mulheres, frequentemente, de uma maneira bastante instrumental.

6. A disseminação para outras áreas e políticas da noção de risco e de acepções e modelos a esta associados é um aspecto que parece particularmente preocupante nesse cenário. A política de assistência social é exemplar neste sentido. Uma inflexão potente na história anterior do país, a associação da assistência social à ideia de direito, presente na Constituição da República e na Lei Orgânica da Assistência Social (Loas) de 1993, foi deslocada e cedeu lugar, na Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e no Sistema Único de Assistência Social (Suas), a noções como risco, segurança, proteção e vigilância social. A ancoragem nestas noções de risco, vulnerabilidade e vigilância como concepções-chaves para a estruturação do Suas parece não comportar muitas mediações. Como assinala Pereira (2007, p. 63-83), a assistência social passa a ser referida como política de “proteção social” em vez de “seguridade social”, e, neste deslocamento para a função de protetora, deixa de responder à garantia incondicional de direitos, assumindo como competência o provimento da “segurança”, de “sobrevivência”, de “acolhida” e de “convívio” às “populações em risco” ou “em face das situações de vulnerabilidade” (Brasil, 2005).

Tais circunstâncias, além, de situar as mulheres como um *não sujeito* daquilo sobre o qual elas devem se responsabilizar, produzem discriminação, caso estas não respondam a contento ou não façam o que lhes é demandado/atribuído dentro dos padrões “desejáveis” (RODRIGUES, 2008b, p. 220-241).

Os desafios relacionados à incorporação da sexualidade aos direitos sexuais das mulheres no campo de ação do Programa Saúde da Família (PSF) e no do PACS, ou no da ESF, parecem ser potenciados por paradoxos inscritos na dinâmica própria do sistema.⁷ As inúmeras dificuldades da atenção básica em servir efetivamente de porta de entrada para o sistema, com acesso garantido a todo e qualquer nível de atendimento, devem ser mencionadas entre estes paradoxos.⁸ Diante da cultura medicocentrada estabelecida e da incipiência da integralidade do SUS, sua legitimação encontra dificuldades inclusive entre aqueles contingentes a quem mais atende (a população de trabalhadores pobres). O que acontece, em regra, é que o grande contingente de pobres que utilizam a atenção básica chega, após longa e demorada espera, no nível secundário de atenção da saúde.⁹

A falta de legitimidade dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dentro do sistema de saúde e junto aos profissionais que integram as equipes, é outro tema importante a ser considerado. No cotidiano, como regra, não dispõem de espaço dentro da organização dos serviços que permita efetivamente a incorporação de suas contribuições. Este é um tema que diz respeito a todo o *staff* da saúde, pois se enfermeiras e assistentes sociais – que frequentemente intermediam a relação entre os usuários e o atendimento médico – demonstram maior receptividade aos ACS, estes profissionais também carecem de legitimidade dentro do sistema de saúde, hegemonizado ainda pelo modelo biomédico. Deste modo, o PACS e suas equipes não conseguem fazer a informação circular e permear a sociedade, a equipe e o sistema, que é uma dimensão fundamental de seu trabalho.

7. Essas e outras questões referentes ao PACS mencionadas neste capítulo têm como fonte pesquisa desta autora, (em desenvolvimento) sobre a prevenção à violência doméstica na atenção básica à saúde – e, especialmente, a participação dos ACS. Em desenvolvimento, escolheu-se uma regional de saúde do DF em que se identificou a ocorrência de treinamento específico para os agentes comunitários – o único treinamento específico para a formação na área de violência contra as mulheres localizado envolve o Núcleo Bandeirante, o Riacho Fundo I e o Riacho Fundo II, a Candangolândia e os núcleos rurais Conglomerados Agrourbanos de Brasília (CAUBs) I e II, identificados durante a pesquisa de campo como os locais em que se concentram grande parte das agentes comunitárias da unidade de saúde.

8. A esse respeito, grupo de pesquisadores de Campinas, ligados a Gastão Wagner de Souza Campos e Emerson Merhy, assinala que se criou, na verdade, um falso mito ou uma falsa expectativa de que o bom funcionamento da atenção básica seria por si só suficiente para produzir a mudança do modelo, desconsiderando-se que a assistência à saúde e o acesso à parte biomédica não podem ser prescindíveis.

9. Na disciplina de política e saúde que Rodrigues oferece na universidade, em nível de graduação e pós, em que a autora teve a oportunidade de propor para a turma de graduação que fosse feita toda uma discussão teórica para, em seguida, realizar exercício prático, em que estudantes conheceram o sistema na condição de usuários do SUS, foi discutido em qual nível de complexidade do sistema estavam situadas as demandas individuais e as estratégias que seriam utilizadas para tentar obter acesso ao serviço. Passados dois anos e meio do término do curso, uma estudante veio procurá-la para dizer: “professora, lembra que eu precisava fazer um tal exame, porque tenho uma gastroenterite, que é muito complexa? Me ligaram pra dizer que vai sair hoje o exame”.

Embora a própria natureza de sua composição faça com que as equipes de ACS tenham, frequentemente, uma capilaridade muito grande (uma capacidade de coletar informações ou, mais do que isso, de atuar como uma espécie de tradutoras dos significados relacionados à saúde, disseminados entre a população que atendem), o não reconhecimento desse lugar privilegiado de tradução cultural, que as/os agentes comunitárias/os têm a capacidade de fazer em seu trabalho, é um elemento importante a assinalar. É um nível de informação nativa que, se tivesse outra legitimidade, poderia ter mais efeitos positivos.

O potencial de os conflitos relacionados ao campo da sexualidade e dos direitos sexuais envolverem violência deve ser uma dimensão tida permanentemente em conta pela área de saúde. As visões hegemônicas em nossa sociedade ainda restringem a possibilidade do exercício da sexualidade feminina a determinados limites, bastante estreitos e firmes. Conflitos e disputas referidas a construções de gênero e à sexualidade estão na base da violência intrafamiliar e da violência doméstica. Grande motor da violência doméstica, seja ela sexual ou não, estas construções determinam ainda os significados sobre a violência e as práticas profissionais das equipes de saúde (RODRIGUES, 2008a).

A violência, que tem também uma dimensão institucional, tende a aumentar com a discriminação em relação ao sexo, à orientação sexual e à etnia, somando-se à discriminação de classe. Quando entra a questão da sexualidade, e falamos de prazer entre homens, entre mulheres, entre homens e mulheres – como se observa na discussão da AIDS, mas não só aí –, o tom moralizante não está ausente e obstaculiza a atenção integral. Hoje, por exemplo, temos visto trabalhos em relação ao *bad backing* entre *gays* – e são desafios que, de maneiras diferentes, chegam ao serviço de saúde e à atenção básica, pois não são temas restritos a “pessoas com dinheiro”.

Infelizmente, é ainda recorrente que mulheres – sejam elas heterossexuais, lésbicas, *gays* e travestis pobres – usuárias do SUS, ouçam comentários jocosos sobre sua orientação sexual ou frases do tipo “por que você foi lá fazer e agora está aqui”, por apontarem para práticas sexuais consideradas “inadequadas” (FACCHINI e BARBOSA, 2006).

Uma das primeiras constatações trazidas pela análise dos dados da pesquisa anteriormente mencionada reiterou tendência identificada entre parte expressiva da sociedade brasileira e mostrou que o entendimento disseminado entre os ACS entrevistados destoa das noções de violência que sustentam seu reconhecimento como uma questão de saúde, pela política pública¹⁰ – para esses agentes,

10. Não obstante as orientações inscritas na Lei Maria da Penha e outras normativas governamentais, a maior parte dos equipamentos de política pública disponíveis não são de atenção continuada – em que deveriam estar atuando em termos de prevenção e instituições, como os Núcleos de Atendimento Familiar (NAFs) e os Centros de Referência da Assistência Social (Cras). A rede de atenção melhor estruturada está, sem dúvida, ainda na esfera do sistema de justiça criminal.

violência, em regra, é aquela violência física, visível. Se não deixa marcas, se ela não altera o cotidiano, ela não entra nesta categoria, não é violência. Muitas vezes, essa concepção é partilhada também pelas mulheres usuárias dos serviços. Como relatou uma entrevistada sobre comentário proferido por uma usuária: “ah, às vezes ele me xinga, mas você sabe como é homem...”. Já essa entrevistada ao ser indagada – como perguntado em nossa pesquisa –, responde: “você sabe de algum caso de violência, assistiu a alguma cena?”, não teve dúvida em sua resposta sintética: “não, não, não”. As concepções sobre gênero, masculinidade, feminilidade e sexualidade mediam assim o que será considerado violência e também influenciam as práticas de saúde em relação à temática (RODRIGUES e SILVA, 2011).

A ação dos/ das agentes comunitárias de saúde e o modo de lidar com a violência são influenciados ainda pelo fato de essas situações ocorrerem no lugar onde os profissionais do PACS vivem. Assim, além de estar presente entre as/ os ACS entrevistadas/ os, ideias disseminadas na sociedade em relação à violência doméstica, do tipo “ninguém deve meter a colher, porque depois eles se ajustam, e eu é que fico mal”, e a noção do perigo, de risco iminente, são outros aspectos centrais na definição das práticas. O fato de que a denúncia (a quebra do sigilo sobre a violência) pode desencadear reações por parte do agressor e envolver não só a mulher em situação de violência, mas também o/a agente comunitário/a é um fator que muitas vezes aparece como inibidor de qualquer iniciativa. Para várias profissionais entrevistadas pela pesquisa, mesmo não sendo o/a ACS quem faz a denúncia – esta é uma atribuição de profissionais e responsáveis por serviços de atenção à saúde –, o simples fato de apoiar, de fortalecer, de estimular, a mulher é o suficiente para colocá-lo/a no lugar de responsável, e isso pode afetar sua integridade física. Deste modo, embora tenham conhecimento sobre as situações de violência, os ACS tendem a fazer uma análise em termos de custos e benefícios antes de dar publicidade à informação. O tema da notificação compulsória de situações envolvendo violência, prevista pelo MS, é revelador nesse sentido. Se, de um lado, há uma normativa clara, esta não prescinde de uma concertação acerca do significado da violência, sendo que, muitas vezes, esta não se concretiza ou se tem concertações provisórias.¹¹

A qualidade da atenção à saúde depende não apenas da participação ativa de sujeitos individuais e coletivos oriundos da sociedade civil e comprometidos com os direitos e a cidadania, mas também da presença de profissionais que “comprem” tais ideias. Esta observação não desconsidera tampouco a existência e a importância dos programas existentes no âmbito do MS (Estado). Procura apenas destacar a importância da existência de alguns sujeitos institucionais que adiram a

11. Não se propugna, neste capítulo, o relativismo absoluto, mas tampouco se podem desconsiderar os significados que estão postos pelos diferentes sujeitos; dá-se lugar à culpabilização dos sujeitos, categorizando-os como vulneráveis, ricos ou malandros, de acordo com a análise sobre a maior ou a menor concordância com as ações geradoras da violência doméstica, do aborto e da gravidez.

esses projetos e atuem em articulação com organizações da sociedade civil e outros sujeitos políticos pensar e formular modelos e, simultaneamente, desenvolver estratégias que permitam a implantação de ações no cotidiano dos serviços de saúde que, superando o formato de projetos-piloto, promovam os direitos e a cidadania.

É necessário e estratégico pensar a formação dos diferentes profissionais que integram as equipes de saúde nessa perspectiva. Essa é uma dimensão muito importante – a Jacqueline Brigagão vem de uma experiência de uma tentativa de ruptura com esta organização do modelo biomédico na formação –, que deve ser pensada no nível de graduação e pós-graduação, mas fundamentalmente no de formação continuada – ou seja, de quem está em atividade.¹² Parece ser necessária, nesse caso, a instauração de outro paradigma no que se refere à educação em serviço. As muitas e boas iniciativas, com perspectiva dialógica de formação continuada ou em serviço, não fazem parte da estrutura desses serviços, caracterizando-se como uma intervenção pontual e desarticulada do dia a dia profissional, que segue por sua própria conta, dinamizado por elementos conjunturais e estruturais.

Há de se ter em conta, por fim, que, apesar de muitas vezes estar subentendida a ideia de que todos e todas temos a mesma noção de saúde, isso não ocorre. Vários estudos têm demonstrado que a percepção sobre o que é ou não saudável não determina direta e inequivocamente as práticas sociais. Assim, observa-se a necessidade de superar definições meramente normativas, incluindo a dimensão cultural, as práticas e a trajetória política dos sujeitos, sejam estes usuários/as ou integrantes das equipes de saúde, para pensar a política de saúde e a política social de modo geral, de modo a promover a cidadania, os direitos e o exercício livre da sexualidade. Estas questões envolvem níveis de informação e de complexidade elevados, associados às peculiaridades das relações sociais e da organização local, bem como aos valores disseminados entre os sujeitos.

Vou ficar por aqui, creio ter lançado algumas ideias para conversarmos. Obrigada.

CLAUDIA PEDROSA:

Queria agradecer a Marlene, e vamos abrir para o debate.

MARIA APARECIDA ABREU (DISOC/IPEA):

É sempre bom ouvir as pessoas da área da saúde, porque, como a Marlene Teixeira Rodrigues falou, a saúde é vanguarda em várias coisas. Na participação social, foi

12. Recentemente, devido à vinculação de Marlene Teixeira Rodrigues à Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, a autora teve a oportunidade de acompanhar o trabalho que o MS tem feito com o Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde (FNEPAS), com vistas a influenciar mudanças nos conteúdos curriculares de modo a incorporar a inter e a multidisciplinaridade e fomentar a ruptura com o modelo biomédico, na formação das profissões na área de saúde.

vanguarda na questão da relação entre sujeito e objeto, porque vocês transformaram o paciente, que é intuitivamente um objeto, em um sujeito, que também discute seu tratamento e que também pode debater a respeito de qual a melhor operação ou o melhor procedimento a ser adotado. Acho que a saúde também cumpriu um papel de vanguarda na subversão da relação entre público e privado, quando se criou o PSF. Nele, é como se o Estado dissesse: “olha, eu me importo com o que as famílias fazem dentro de casa” para poder fazer políticas públicas melhores. Na questão de gênero, acho que a saúde contribui para alguns pontos que vocês já levantaram, e eu nem gostaria de fazer perguntas mas, sim, que vocês falassem um pouco mais. Um dos desafios da política de gênero é conciliar algumas características específicas, que dizem respeito ao atendimento específico às mulheres, do qual não podemos escapar. E a Jacqueline bem falou que isso deve ser intensificado. Outro desafio é a universalização da mulher como sujeito, que é o que a igualdade de gênero demanda. Então, como conciliar isso?

A outra questão é como conciliar a autonomia e o direito ao corpo, que de certa forma fundamenta o direito ao aborto. Até que ponto isso não reforça a ideia de que a maternidade como um todo é uma atribuição só da mulher e que, portanto, o homem não tem de participar disso? E eu queria deixar claro que eu defendo o direito ao aborto, mas eu só queria levantar que, quando se defende isso de uma forma extremamente arraigada, na verdade, se está dizendo: “homem, fique fora do debate sobre a gestação”. Então, acho que estamos o tempo todo com tensões que, no fim, são difíceis de conciliar, e acho que a área de saúde pode contribuir muito para este debate, como, aliás, tem contribuído para todas as demais políticas sociais.

ELIZABETH SAAR (ÁREA DE SAÚDE, DA SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES – SPM):

Esse debate é todo muito interessante, porque estou, no meu dia a dia, tentando gerenciar esta coisa toda, que é a transversalização de gênero dentro das políticas de saúde. E não é fácil, porque essa é uma questão política, em que há relações sociais e relações de conflito, em que se encontram os ministérios e as pessoas.

Venho de uma corrente feminista; então, as coisas ficam muito mais evidentes e assumem para mim uma proporção diferente do que só incluir a questão de gênero dentro da saúde, que tem um componente mais difícil, por toda essa história. O movimento feminista tem toda uma tradição na área de saúde, tem uma história de contribuição para a formação do próprio SUS. Por conta disso, ver o SUS como uma política que muitas vezes vai em uma corrente contrária, é muito difícil. Quando você está falando, Jacqueline, da normatização e da efetivação, você está falando que as políticas têm determinado nível, mas elas têm de se concretizar em relações sociais que se dão nas unidades de saúde, no interior do PSF,

e isso – que, para quem estava envolvido, era dado – vai resultar em conflito com a questão da saúde reprodutiva. Por quê? Porque as adolescentes não vão falar da sua vida sexual para a sua vizinha. Não vão falar se são lésbicas. Já não falam sobre sua vida sexual se são heterossexuais; se não são, aí é que não vão falar mesmo. Então, já se contava com isso antes das tentativas mais concretas pós-2004, na elaboração do I Plano de Políticas para as Mulheres, e agora, na concretização do II Plano de Políticas para as Mulheres. Então, acho que é uma questão de conflito, e acho que quem sai ganhando é o discurso médico, sempre, inclusive nas ações da transversalidade. Então, eu declaro a derrota, mas não é uma derrota total, porque também conseguimos colocar isso nas políticas.

Mas quando se faz um balanço, do momento que se está vivendo hoje, o balanço de governo, há as ações materno-infantis. Por mais que se saiba que tem política disso, política daquilo, e coloca-se isso como um avanço, na hora de colocar as ações, vem mortalidade materna, não tem muito jeito. Eu gostaria que vocês falassem um pouco, porque a nossa sociedade está cada vez mais complexa, com mais variáveis para se fazer políticas e para se concretizar ações, e há uma figura de que eu senti falta na questão de todo o modelo da saúde, dentro do SUS, que é o papel do gestor local. Hoje se sabe que 80% daqueles que vão ao SUS são mulheres. A carta do usuário do SUS não toca em alguns pontos, e nós não conseguimos colocá-los lá porque o Conselho Nacional de Saúde (CNS) não tem muita abertura para isso. Há toda uma discussão que tem a ver com toda a sociedade em que vivemos, como a questão dos Cras, dos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas), das delegacias e dos juízes, que a questão da violência traz para nós, desse ponto, que hoje é a lei mais conhecida do país, a Lei Maria da Penha, e temos dificuldade de implementá-la na área da saúde. Conseguiu-se colocar a notificação compulsória, mas há a problemática de quem notifica e como notifica. Então, eu gostaria que vocês falassem um pouco disto e da dificuldade que a instituição de saúde tem de promover uma discussão para além dos seus muros, porque eu acho que isso é um complicador para a área de saúde. Vocês falaram da questão da educação, a questão do desconhecimento dos direitos; agora, isso requer um trabalho que vai para além da instituição saúde e, até onde eu sei, é uma discussão do próprio SUS, desde os seus primórdios. Estou trazendo isso não apenas porque é uma angústia pessoal e profissional, mas também porque eu não gostaria que as coisas ficassem assim: não há nada, nada acontece. É preciso falar não somente das impossibilidades, mas também falar das potencialidades para gerir esse mundo que nós construímos, que é o SUS e esses novos sujeitos de direitos que estão aí. São as prostitutas reivindicando, são os transexuais reivindicando e conseguindo algumas coisas normativamente; mas queria só trazer isso para mais próximo de quem gerencia.

JACQUELINE BRIGAGÃO:

Vou começar pela questão do aborto. Essa problemática que você colocou sobre o aborto e o direito ao corpo é mesmo uma questão complexa e ela atravessa tudo que tem essa relação com o direito reprodutivo, porque, na hora do nascimento, nós temos tido casos de mulheres que estão separadas dos companheiros, e o companheiro quer assistir o parto, quer ficar junto, e é digno e decente que ele fique junto da mulher. Mas temos de considerar alguns aspectos: em primeira instância, quem está se responsabilizando pelo nascimento é a mulher, porque o bebê está no corpo dela e mesmo que o sujeito diga “não aborte, porque eu vou criar”, ela tem o direito de não viver os nove meses de gravidez, porque senão estamos pedindo, de novo, que as mulheres, em nome da maternidade, abram mão dos próprios corpos, das coisas em que elas acreditam, dos seus desejos. Assim também é no momento do parto, e isso provoca discussões, porque há profissionais que partem do pressuposto de que ele como pai tem direito de assistir ao parto porque está nascendo o filho dele, mas quem está fazendo o parto é ela, e é do corpo dela que está nascendo o bebê, e, neste momento, que é um momento emocionalmente muito intenso, muito afetivamente carregado, ela não quer a presença dele. Então, isso dá grandes discussões do ponto de vista do direito à paternidade dos homens. Em minha posição pessoal, continuo advogando que o corpo pertence às mulheres, e elas escolhem quem vai estar no momento do parto. Além disso, está escrito na política que acompanhantes são as pessoas que ela demandar – o que significa colocar a autonomia nela, mas estas e outras questões são complexas, porque o ato da reprodução envolve dois; então, eu concordo que há tensões neste campo.

Agora, em relação às políticas específicas, o que estou tentando dizer é que precisamos permanecer com algumas políticas específicas para as mulheres, mas que, nestas, temos de ter incorporado o tema do gênero, porque, sem tê-lo incorporado, a política se torna materno-infantil. Na atenção básica, precisamos fazer um trabalho de educação continuada, ou qualquer nome assim, que denominamos oficinas, porque não gostamos da ideia verticalizada que o termo capacitação suscita. Então, em uma das unidades, são cinco equipes; e na outra, duas equipes. Quando começamos o trabalho – e agora já estou respondendo à questão sobre o gestor –, propusemos participar da reunião mensal que reúne todos os profissionais da unidade. Na reunião, fizemos a proposta de fazer um grupo para discutir as questões da atenção básica para aprender com todas e para ensinar um pouco do que sabemos sobre saúde da mulher, porque temos total interesse em discutir gênero e direitos sexuais e reprodutivos onde as ações acontecem. Minha escola é localizada no *campus* da Universidade de São Paulo (USP) situado na zona leste de São Paulo, que é uma região da periferia. Na minha concepção e na de algumas professoras, se vamos dar aula lá, se criamos essa escola e não fazemos ações diretas na comunidade, não adianta nada estar lá. Então, como a gente foi para lá, temos essa intenção de

ajudar a resolver os problemas locais. Neste sentido, propusemos a realização de oficinas, que podiam ser na USP, em que há o espaço; eles iriam até lá ou à unidade de saúde. Só que, para isso, era necessário uma hora e meia, e a ideia era fazer semanalmente; mas semanalmente era impossível, então ficou quinzenalmente. Então, o gestor da unidade, que acredita que é um trabalho importante – gratuito, oferecido pela USP, e, querendo ou não, essa grife da universidade ajuda muito –, perguntou se a autorização não poderia ser só para as agentes de saúde. Porque, para ele, seria impossível parar a unidade por uma hora e meia, quinzenalmente. Então, nós temos feito, desde 2008, os grupos somente com as agentes de saúde. E os grupos, pensando nesse ponto de vista da gestão, acabam trazendo muito a dimensão das condições profissionais delas. Isso que a Marlene falou ocorre em todos os lugares em que há agentes de saúde. Concordo com ela que os contextos locais dão formas específicas para as políticas. Os trabalhos do professor Peter Spink demonstram muito claramente a centralidade do local para as políticas públicas. Eu concordo com o que a Marlene falou, que a política costuma ser universal, mas que assume contornos locais; porém, eu ainda acho que temos de tentar fazer valer os princípios utópicos, e eles são nosso instrumento de luta.

E eu respondo à tua pergunta, Elizabeth Saar: no dia a dia, como se transforma isso, com os nossos alunos, o que eu falo? Vocês vão, fazem a discussão nos locais. Necessariamente, não é preciso modificar essa prática, mas você leva no bolso essa política, esse texto aqui da medicina baseada em evidências, discute com o profissional; e depois que ele vai embora para casa, isso ficou lá. Amanhã, você faz de novo; depois de amanhã, você faz de novo, e assim por diante. Com as agentes de saúde, temos tentado esta discussão, porque as questões dos direitos sexuais e do exercício da sexualidade são muito complicadas para todas nós, e não só para as mulheres da classe mais baixa. *Sex and the City*, a série, é nova no Brasil. Nós não pensamos como as americanas. Morei um tempo nos Estados Unidos, e a dimensão de gênero lá é tratada de uma forma muito diferente. Não estou falando que é melhor, nem que é pior. E nós não temos ainda o exercício pleno e livre da sexualidade, nem essa discussão muito ampliada. Trabalhar sexualidade com as agentes de saúde é um desafio.

Então, uma das discussões que temos feito com as agentes para tentar trabalhar isso, e uma das soluções que temos encontrado, é trazer um pouco da realidade para perto delas. Há um vídeo no *Porta Curtas* da Petrobras que retrata as meninas da Luz, que já são senhoras, contando que, na menopausa, a vida sexual melhorou muito. E quando elas falam de um modo direto, que sexualidade tem a ver com mulheres, com sujeitos vivos, independentemente da idade que elas têm, ou que estejam fazendo isso para ganhar dinheiro, ou não, mas que há sempre uma dimensão de prazer atravessando a sexualidade, vamos problematizando e ampliando o universo das agentes. Do ponto de vista

da gestão, o que acredito que temos tentado fazer é mostrar para os gestores locais que essas iniciativas dão certo. Estou pensando do ponto de vista da gestão local. Em São Paulo, hoje, vivemos uma situação atípica em relação ao SUS, porque há uma forte presença das organizações da sociedade civil. Elas são o grande guarda-chuva que admite e coordena o trabalho das agentes de saúde, e aí é preciso pensar os pontos positivos e negativos dessa gestão compartilhada entre público e privado.

NATÁLIA FONTOURA (COORDENADORA DA ÁREA DE IGUALDADE DE GÊNERO DA DISOC/IPEA):

Só queria tirar uma dúvida, Jacqueline. Esse tipo de capacitação das agentes é um exemplo do que você chama de política específica?

JACQUELINE BRIGAGÃO:

Não, de política específica eu chamei a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. As oficinas com as agentes são a aplicação da transversalidade, já que o foco central é a discussão das ações desenvolvidas na atenção básica. Mas queríamos incluir também os enfermeiros e os médicos, porque discutir somente com as agentes é pouco. O ideal seria que se fizesse essa discussão constante para mudar o jeito de a mulher ser atendida desde quando ela chega na unidade, porque a responsabilização pelas demandas e pelo acolhimento é de todos os profissionais que trabalham na unidade e não pode só estar centrada em um profissional. Mas ainda não conseguimos isso e temos feito reuniões periódicas para tentar sensibilizar as gestoras.

MARLENE TEIXEIRA RODRIGUES:

Quanto ao desafio, mencionado por Maria e posto à política de gênero, em conciliar características específicas – que dizem respeito ao atendimento específico às mulheres, do qual não podemos escapar e deve ser intensificado, de acordo com Jacqueline Brigagão – à universalização da mulher como sujeito, que é o que a igualdade de gênero demanda, a questão remete às conexões e às tensões analisadas por Lourdes Bandeira entre políticas para mulheres e políticas de gênero. Há políticas para mulheres que podem ou não ser políticas de gênero, assinala Bandeira. Ao examinar experiências de implantação do PBF, infelizmente, tendo a concluir que determinadas políticas para as mulheres – como o é esse programa –, além de não estarem se transformando em políticas de gênero, podem ser extremamente antiequidade de gênero (CARLOTO e MARIANO, 2010, p. 451-471). Esta é a grande questão a se verificar neste momento. A politização da maternidade demanda às usuárias mulheres dos serviços sociais que estejam à disposição em todo momento. Então, por mais necessárias que sejam, há de se ter atenção, pois as políticas para mulheres podem ensejar processos muito perversos, que reforçam a desigualdade.

Quanto à sua outra questão, Maria, sobre como conciliar a defesa da autonomia e do direito ao corpo, que, de certa forma, fundamenta o direito ao aborto, sem reforçar a ideia de que a maternidade é uma atribuição só da mulher e que o homem não tem de participar disso. A questão é relevante, mas não dá para tratar com um nível de igualdade de direitos alguém que ainda não existe, gravidez é um *se*. Pode ser um sujeito ou não. É o *se*, uma possibilidade. Então, por ora, nós temos uma possibilidade.

Sobre a questão da gestão local, mencionada por Elizabeth Saar, creio que a esfera do cotidiano é, ao mesmo tempo, o espaço de possibilidade e o lugar já sabido, onde pisamos e estabelecemos relações de diferente natureza. Seu incômodo em gerenciar no dia a dia as relações e os conflitos entre feministas e sanitaristas, que se encontram representados nos ministérios, é exatamente devido à sua trajetória e ao que você vê. A política de descentralização do SUS, que, ao mesmo tempo, confere poder e o reivindica no nível central, permite uma negociação política em que se somam os gestores locais. Estabelece-se aí uma espécie de diálogo entre o local e o global, impulsionado pela diretriz de descentralização inscrita na Constituição, no PNM. A disseminação de princípios e diretrizes democratizantes não significa a superação do conservadorismo, mas, muitas vezes, a apropriação discursiva de pautas e agendas progressistas, dentro do jogo da política e do convencimento. Há, ao mesmo tempo, um investimento nessas iniciativas fermentadas em nível local e, também, possibilidade de o ambiente externo tensionar essa parte mais conservadora da organização, o que pode ser observado também no nível da gestão e dos gestores. Para quem está nesse processo, todos os dias, há uma grande batalha e pequenas guerras, em que se vai fazendo um jogo de convencimento. O gestor local é, nesse contexto, investimento estratégico, por ser decisivo no processo de mudanças e na construção da adesão a novos marcos ideológicos ou caminhos. Para exemplificar, mencionaria a criação de coordenadorias da mulher em prefeituras brasileiras. O que se passa? Os prefeitos, homens em sua maioria, se tornaram feministas? Não, obviamente. Todavia, defender as mulheres, ainda que só em discurso, fica bem. Ademais, pode franquear acesso a alguns recursos financeiros do governo federal. Não obstante, a instauração deste espaço no organograma municipal abre uma oportunidade para que os sujeitos se articulem e promovam, por exemplo, uma discussão sobre o aborto.

Sobre o tema da intersetorialidade, Elizabeth, a questão da cultura política, a que me referi já no início, é frontalmente contrária aos princípios que ancoram a intersetorialidade. Essa cultura patrimonialista e hierárquica nos mantém, em certa medida, como um país de capitânicas, não é? Nós ainda somos, em certa medida, formados por capitânicas. Temos capitânicas nos estados, na universidade, nos ministérios e nas secretarias, que necessitam e terão de ser desestruturadas. Acho que é isso. Obrigada.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, M. J. **Violência institucional em maternidades públicas**: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. 2010. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade de São Paulo, maio 2010.
- BANDEIRA, L. O que não estamos conseguindo alterar na questão da violência contra a mulher? **Jornal Fêmea**, Brasília, n. 129, out. 2003. Encarte Articulando.
- _____. **Fortalecimento da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres**: avançar na transversalidade da perspectiva de gênero nas políticas públicas. Brasília, 2005a. Documento preparado para o convênio entre a Cepal e a SPM. Disponível em: <http://200.130.7.5/spmu/docs/integra_publ_lourdes_bandeira.pdf>.
- _____. **A transversalidade da perspectiva de gênero nas políticas públicas**. Brasília: Cepal; SPM, 2005b.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004 e Norma Operacional Básica de Serviço Social – NOB/Suas**. Brasília: MDS, nov. 2005.
- CONHEÇA técnica da enfermeira que realizou parto de Gisele Bündchen na água. **Folha de S. Paulo**, 15 set. 2010. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/799240-conheca-tecnica-da-enfermeira-que-realizou-parto-de-gisele-bundchen-na-agua.shtml>>.
- CARLOTO, C. M.; MARIANO, S. A. No meio do caminho entre o privado e o público. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 18, n. 2, maio/ago. 2010.
- CORREIA, S. Gênero e saúde: campo em transição. *In*: BRUSCHINI, C.; UNBEHAUM, S. G. (Org.). **Gênero, democracia e sociedade brasileira**. São Paulo: FCC; Ed. 34, 2002.
- FACCHINI, R.; BARBOSA, R. M. **Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas**: promoção da equidade e da integralidade. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2006.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminino e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 5, p. 7-41, 1995.
- JELIN, E. Construir a cidadania: uma visão desde baixo. **Lua Nova**: revista de cultura e política, São Paulo, n. 32, p. 39-58, 1994.
- LÖWY, M. **Ideologias e ciência social**: elementos para uma análise marxista. São Paulo: Cortez, 1985.

MEYER, D. A politização contemporânea da maternidade: construindo um argumento. **Gênero**, Niterói, v. 6, n. 1, p. 81-104, 2º sem. 2005.

MIOTO, R. C. T. Família e políticas sociais. *In*: BOSCHETTI, I. *et al.* (Org.). **Tendências contemporâneas da política social no capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2008.

PEREIRA, P. A. P. A assistência social prevista na Constituição de 1988 e a operacionalizada pela PNAS e pelo SUAS. **Revista SER Social**, Brasília, n. 20, jan./jun. 2007.

RODRIGUES, M. T. **Luzes na clausura?** Um olhar sobre o Programa Bolsa Família em Belo Horizonte. Brasília: Agende, 2006.

_____. **Desafios e possibilidades de atuação dos agentes comunitários de saúde (ACS) no enfrentamento da violência doméstica contra a mulher**. Brasília, 2008a. (Projeto de pesquisa Edital FAP no 07/2008.)

_____. Equidade de gênero e transferência de renda: reflexões a partir do Programa Bolsa Família. *In*: BOSCHETTI, I. *et al.* (Org.). **Tendências contemporâneas da política social no capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2008b.

RODRIGUES, M.; SILVA, K. T. F. **O enfrentamento da violência contra a mulher e a atenção primária em saúde: reflexões a partir do Programa Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, 2011. Mimeografado.

SPINK, M. J. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1999.

TONELLI, M. J. F. Direitos sexuais e reprodutivos: algumas considerações para auxiliar a pensar o lugar da psicologia e sua produção teórica sobre adolescência. **Psicologia & Sociedade**, v. 16, n. 1, p. 151-160, 2004. Número especial.